



Duševno zdravje v obporodnem obdobju

Druga, posodobljena izdaja

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Duševno zdravje v obporodnem obdobju

Druga, posodobljena izdaja

Ljubljana, 2022

DUŠEVNO ZDRAVJE V OBPORODNEM OBDOBJU
druga, posodobljena izdaja

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

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

Jezikovni pregled: Ana Peklenik

Oblikovanje: creacion.si

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

Fotografija na naslovnici: Shutterstock

Elektronska izdaja

Spletni vir: www.nijz.si

Datum izdaje: maj 2022

Zaščita dokumenta © 2022 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.

Katalogni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici
v Ljubljani
COBISS.SI-ID 108524035
ISBN 978-961-6945-70-7 (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, 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 obporodnem obdobju Karin Sernec, Triša Lipovšek - Mešanovič	104
Bipolarna motnja v obporodnem obdobju Petra Jelenko Roth	128
Shizofrenija v obporodnem obdobju Petra Jelenko Roth	142
Poporodna psihoza Tea Terzić	154
Kajenje in raba 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	232
Obporodno duševno zdravje v času pandemije covida-19 Petra Jelenko Roth	246
Avtorice	262
Stvarno kazalo	266

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

Avtorice: 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 srečuje. 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. Ženska v obporodnem obdobju doživlja občutne 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 sprememb odnosov v njeni ožji in širši družini; vse to je treba 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 posebno 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 treba zapolniti. 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 strokovnjakom 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 očetje oziroma družinami v nastajanju.

Prispevki so napisani tudi z mislijo na ostale zdravstvene delavce in sodelavce, ki v obporodnem obdobju 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 vplivata 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, s katerimi se soočajo npr. ženske 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 naslavljajo dosledno v vseh poglavjih, ampak so uporabljena v skladu s specifikom predstavljene problematike. V osnovi so avtorice odgovarjale na naslednje:

- Kako razširjena je problematika?
- Kako se kaže in kako jo prepoznamo?
- Kateri so kratkoročni in dolgoročni vplivi na mater in otroka?
- Kako jo lahko preprečujemo?
- Kako jo lahko obravnavamo?
- Kateri so ključni pomisleki in ovire, ki vplivajo na obravnavo?
- Kakšna je prognoza?
- Kako na problematiko vplivajo gospodarske in zdravstvene krize?

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 tujini. Bistveni 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 od najpomembnejših vzrokov maternalnih smrti v zadnjem desetletju pri nas predstavljajo samomori, povezani s težavami v duševnem zdravju. Ugotovitve kažejo 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 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 posebno 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, psihičnem 26,1 %, spolnem pa 7,6 % (5). Pregledi znanstvenih in strokovnih študij in literature kažejo 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 % dekllic 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, ključni so 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 in socialnih do duševnih. Prikazani in analizirani aktualni podatki o vrstah težav pri socialnih obravnavah kažejo 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 posledic rabe alkohola, prepovedanih drog in kajenja. 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 času dojenja (11–14); predstavljeni so preverjeno učinkoviti strokovni pristopi za opuščanje škodljivih navad. Avtorici na podlagi študij osvetlujeta problematiko prepovedanih drog, pokazeta, 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 po presejanju in ustreznem ukrepanju: prikazane so tudi obstoječe aktivnosti in podani predlogi za poglobljeno delo.

Med pomembne aktualne raziskovalne tematike, povezane z duševnimi motnjami, spadajo 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 njihov 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 zdravstvene 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. Izpostavljeni sta zahtevnost psihiatrične obravnave in nuja po sodelovanju z drugimi strokovnjaki ter svojci.

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

Poporodna psihoza je redka duševna motnja, njena prevalenca je 1–2 primera na 1.000 rojstev (24); je urgentno stanje in zahteva takojšnje zdravljenje v bolnišnici; proučevanja kažejo, da večina bolnic doseže polno remisijo (25).

Obravnavo 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 treba prilagoditi zdravljenje z zdravili, in sicer 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. V podporo in zdravljenje bi npr. z drugačnimi organizacijskimi pristopi poleg matere vključili tudi novorojenčka oziroma dojenčka, kjer je to možno.

Pregled spoznanj 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.

V aktualni zdravstveni in posledični gospodarski krizi zaradi covid-19 se celotna populacija sooča s povečanim številom stresorjev. Najranljivejše za simptome depresije so ženske (28) in mlajši od 40 let (29). Pri več kot 50 % oseb, ki so že bile v psihiatrični obravnavi, je prišlo do poslabšanja bolezni (30), več nosečnic in žensk po porodu je dosegalo klinične kriterije za PTSM, anksioznost in depresijo, več je bilo osamljenih. Raziskave so pokazale, da samo preprečevanje izpostavljenosti virusu ne ublaži vpliva pandemije na duševno zdravje (31).

Duševne motnje v nasprotju s telesnimi boleznimi še vedno vzbujajo negativne asociacije in so v naši družbi 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 spoznanj 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, dolgačasna 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

posebno 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, nevroznanost, farmacija in še kaj. Napotujejo pa tudi k nadaljnjemu 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. Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengel 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.
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.
28. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 2;17(9):3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.
29. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020 Apr 30;36(4):e00054020. English, Spanish. doi: 10.1590/0102-311X00054020.
30. Gobbi S, Płomecka MB, Ashraf Z, Radziński P, Neckels R, Lazzeri S, et al. Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 16;11:581426. doi: 10.3389/fpsy.2020.581426.
31. Basu A, Kim HH, Basaldua R, Choi KW, Charron L, Kelsall N, et al. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2021 Apr 21;16(4):e0249780. doi: 10.1371/journal.pone.0249780.

Javnozdravstveni vidiki duševnega zdravja v obporodnem obdobju

Avtorice: Barbara Mihevc, 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 način življenja (1, 2).

Zdravje v nosečnosti, ob porodu in v času zgodnjega otroštva pomembno vpliva na zdravje v odrasli dobi in 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 od ključnih pristopov za zmanjševanje neenakosti v zdravju v populaciji je tako ravno zagotavljanje čim bolj 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, neustrezen 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 delujejo na ženske 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/>, ter podatke iz zdravstvenih podatkovnih zbirk Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki smo jih pridobili z obdelavo podatkovnih baz s statističnim programom IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. (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 v začetku leta 2021 živelo 426.930 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 narašča priseljevanje tujih državljanek v Slovenijo. V letu 2020 se jih je priselilo več kot 8.000, več kot 6.000 jih je v rodni dobi. Največ jih prihaja iz Bosne, Kosova, Srbije in Severne Makedonije. Leta 2018 je bilo med prebivalkami Slovenije, starimi 15 in več let, 11,6 % rojenih zunaj Slovenije. V Sloveniji je bilo v letu 2020 5 % prebivalk s tujim državljanstvom in z leti ta delež narašča, največ prebivalk s tujim državljanstvom je med 20. in 40. letom starosti. V povprečju so ženske, ki se priseljujejo, bistveno manj izobražene od žensk, rojenih 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 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 bolezni odvisnosti (8). Posledice nasilja se z ženske lahko prenašajo na otroke in druge družinske člane. Raziskava na vzorcu nekaj več kot 1.000 otročnic, ki so leta 2014 rodile v ljubljanski porodnišnici, 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 katerokoli obliko nasilja doživljalo 4,2 % žensk (9).

Porodi in rojstva v Sloveniji

V letu 2020 je bilo po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema v Sloveniji 18.329 porodov oziroma 18.628 rojstev. Nataliteta je znašala 8,8 živorojenih otrok na 1.000 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 2020 smo po podatkih Informacijskega sistema spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji

zabeležili tudi 2.436 primerov spontanih splavov, izvenmaterničnih nosečnosti in drugih patoloških oblik nosečnosti, ki so se končale z odmrtnjem ploda pred 22. tednom nosečnosti (11). 114 otrok (6,1 na 1.000 rojstev) pa je bilo mrtvorojenih (10).

Matere so bile leta 2020 ob porodu povprečno stare 31 let, tiste, ki so rodile prvič, so bile v povprečju leto in pol mlajše. Dve tretjini porodnic je bilo starih med 25 in 35 let, en odstotek je bilo mlajših od 20 let, več kot vsaka peta pa je bila že starejša od 35 let (10). Višja poprečna 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.

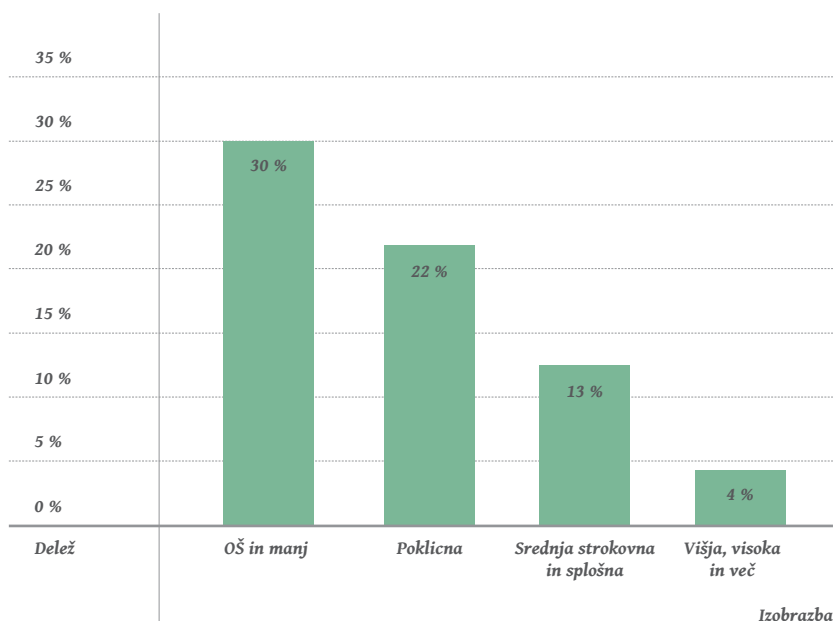
Skoraj polovica žensk je v letu 2020 rodila svojega prvega otroka, več kot tretjina drugega in dobra desetina tretjega. Žensk, ki so rodile četrtega otroka ali več, je bilo 4 %. Skoraj polovica porodnic je imela dokončano terciarno izobrazbo, le osnovno šolo ali manj je imelo 8 % porodnic (10).

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 2020, jih je 94,2 % zanosilo spontano, ostale so se zdravile zaradi neplodnosti in zanosile s pomočjo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo. Dober odstotek jih je zanosilo po zdravljenju z indukcijo ovulacije in/ali umetno inseminacijo, 4,7 % pa s pomočjo oploditve v epruveti (10).

V Sloveniji ima nosečnica pravico do desetih preventivnih pregledov in dveh preventivnih ultrazvočnih preiskav ter 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 2020 več kot 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 v obdobju 2017 do 2019 štirikrat višje v skupini žensk brez strokovne izobrazbe (21,1 %) kot v skupini žensk s terciarno izobrazbo (5 %). V istem obdobju se je osem od desetih prvorodk udeležilo priprave na porod in starševstvo. Manj izobražene ženske so se je udeleževale v manjši meri, in sicer le 37 % prvič nosečih žensk brez strokovne izobrazbe v primerjavi z 92 % žensk s terciarno izobrazbo. V letu 2020 je udeležba na tečajih priprave na porod in starševstvo zaradi epidemije covid-19 upadla v vseh izobraženih skupinah, a je bil ta padec pri najmanj izobraženih največji (10).

Kajenje je znani 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 2020 kadila vsaka deseta ženska, med manj izobraženimi je bilo kajenje mnogo pogostejše kot med bolj izobraženimi (slika 1). Odvisnost od alkohola je bila zabeležena pri 49 porodnicah, odvisnost od nedovoljenih drog pri 37, v preteklosti pa naj bi bilo odvisnih od drog še nadaljnjih 38 porodnic (10).

Delež kadilk med nosečnicami po izobrazbi, Slovenija 2020.



Slika 1. Perinatalni informacijski sistem RS.

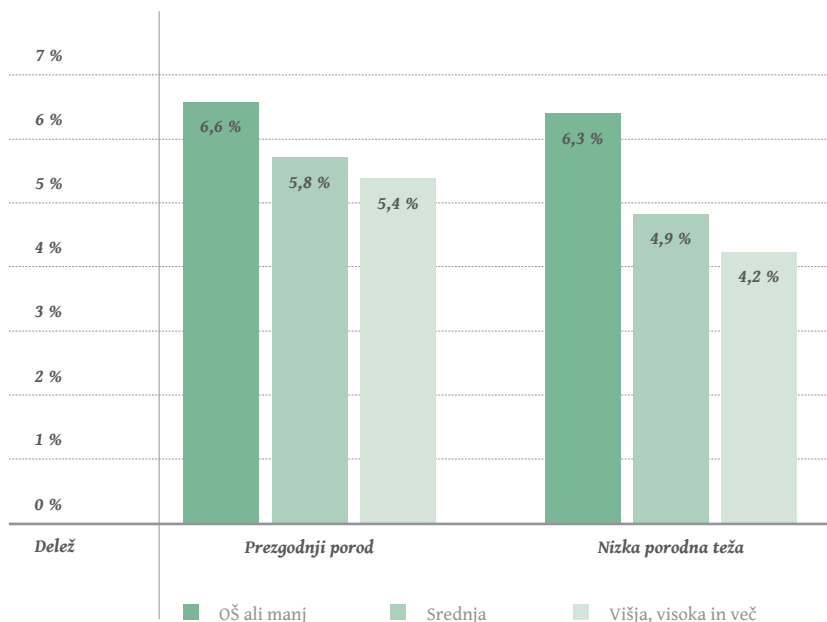
Vir: NIJZ.

Med zapleti v nosečnosti so ginekologi v letu 2020 najpogosteje zabeležili gestacijski diabetes (18,6 %), krvavitve v zgodnji nosečnosti oziroma grožnjo za splav, okužbe rodim in sečil, anemijo ter sum na zavirto rast ploda. Med resnejšimi zapleti v nosečnosti sta še hipertenzija in preeklampsija, ki sta prizadeli 2,5 oziroma 1,6 % nosečnic (10).

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 2020 pričelo 67,5 % porodov, 22,5 % je bilo induciranih, 10 % pa elektivnih carskih rezov. Z urgentnim carskim rezom se je končalo še 11,4 % porodov, tako je bil s carskim rezom rojen več kot vsak peti novorojenček. Podporo partnerja pri porodu je imelo 72 % porodnic, kar je manj kot v preteklih letih, saj je bila zaradi epidemije prisotnost spremljevalca pri porodu nekaj časa prepovedana (10).

Prezgodnji porod in nizka porodna teža (manj kot 2.500 gramov) sta v razvitem svetu med najpomembnejšimi vzroki hujše obolevnosti in umrljivosti novorojenčkov. Leta 2020 je bilo ob roku rojenih 93,1 % živorojenih otrok, pred dopolnjenim 32. tednom nosečnosti 1,0 %, med 32. in 36. tednom nosečnosti 5,8 %. Le 0,1 % otrok je bilo prenošenih. Zelo nizko porodno težo (pod 1.500 gramov) je imelo 0,9 % živorojenih otrok, porodno težo med 1.500 in 2.500 grami pa 4,8 % otrok. Tako prezgodnji porod kot tudi nizka porodna teža novorojenčka sta pogostejša pri manj izobraženih ženskah, kar je prikazano na večletnih podatkih za obdobje 2017–2019 (slika 2). Intenzivno nego in terapijo je takoj po rojstvu potrebovalo 2,2 % živorojenih novorojenčkov. Ob odpustu iz porodnišnice je bilo izključno dojenih 65 % novorojenčkov in delno dojenih 32 %, 3 % pa ni bilo dojenih (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 bi se morali ob intenzivni promociji dojenja zdravstveni strokovnjaki v večji meri zavedati.

Deleži prezgodnjih porodov in živorojenih enojčkov s težo pod 2500 g, po izobrazbi matere, Slovenija 2017-2019.



Slika 2. Perinatalni informacijski sistem RS.

Vir: NIJZ.

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 2020 znašala 7,1 umrlih na 1.000 rojstev, oziroma 3,4 umrlih na 1.000 rojstev pri otrocih, težjih od 1.000 gramov, kar je ugodneje od povprečja držav članic EU (14).

Maternalna umrljivost v Sloveniji iz leta v leto zelo niha zaradi nizkih absolutnih števil primerev smrti, zato jo običajno prikazujemo za daljše časovno obdobje. V letih 2015 do 2017 je v povprečju znašala 5,0 maternalnih smrti v času nosečnosti,

poroda in v prvih šestih tednih po zaključku nosečnosti na 100.000 živorojenih otrok ter 5,0 kasne maternalne smrti na 100.000 živorojenih otrok v času od dopolnjenega šestega tedna do enega leta po zaključku nosečnosti. Pri tem pa je pomembno dejstvo, da enega od najpomembnejših vzrokov maternalnih smrti po letu 2000 pri nas predstavljajo samomori, povezani s težavami v duševnem zdravju, od poporodne depresije in psihoze do bolezni odvisnosti, kar kaže 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 od njim podobnih maternalnih smrti lahko v prihodnje preprečili (16, 17).

Duševno zdravje v obporodnem obdobju

Maternalna smrt zaradi samomora je redek in najskejski izid duševnih motenj v obporodnem obdobju. Duševne motnje imajo 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 otrokov zgodnji in poznejši 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 slovenskih in tujih epidemioloških raziskav bi na letni ravni med vsemi nosečnicami in porodicami v Sloveniji pričakovali, da se samo z depresijo srečuje več kot 3.000 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 tveganje za nizko porodno težo otroka. Po porodu so pogostejše težave pri dojenju in navezovanju stika z otrokom, kar kratkoročno in dolgoročno vpliva na čustveni, kognitivni in telesni 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 bližnje; 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 materine duševne težave uspešno preprečimo ali obvladamo ter ob izboljšanju njenega zdravja tudi preprečimo številne negativne vplive na otroka, družino in širšo okolico (21, 24). Žal pa se duševne težave v nosečnosti v Sloveniji še ne odkrivajo v zadostni meri, čeprav je bil že pred leti v materinsko knjižico vključen »Vprašalnik dobrega počutja« Svetovne zdravstvene organizacije in so bila pripravljena priporočila za odkrivanje duševnih težav in drugih ranljivosti v nosečnosti. Še vedno so namreč nekateri 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 dveh projektov, ki sta potekala v letih 2015–2020 na območju skupno 30 zdravstvenih domov v Sloveniji, smo v sklopu preventivnih obiskov, ki jih pri otročnicah opravljajo patronažne sestre, pilotno preizkusili presejanje na depresijo z Edinburškim vprašalnikom. Patronažne sestre, ki so sodelovale v projektu, so v okviru evalvacije poročale o dobri sprejemljivosti tako na strani izvajalk kot tudi otročnic (26). Po zaključku projektov smo tako usposabljanje za izvajanje presejalnega testa omogočili tudi drugim patronažnim medicinskim sestram.

Ugotavljamo, da so težave v duševnem zdravju še vedno povezane s stigmo, zato si na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje 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. Pripravljene so bili priročnik za ženske in njihove svojce o obporodni depresiji (27), zloženke, posterji in drugo. V letu 2017 smo postavili tudi spletno stran, namenjeno osveščanju o depresiji v obporodnem obdobju, kjer so zbrana gradiva (<http://www.nijz.si/sl/depresija-v-nosecnosti-in-po-porodu>), o duševnem zdravju v obporodnem obdobju pa ozaveščamo tudi preko spletnih strani ZDAJ (<https://zdaj.net/>) in MIRA (<https://www.zadusevnozdravje.si/>). Na omenjenih straneh so na voljo osnovne informacije o obporodnih stiskah in nasveti za ženske, kaj lahko same storijo 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 od treh sporočil z nasveti za samopomoč in usmeritvijo k iskanju strokovne pomoči, kadar je to potrebno (<http://anketa.nijz.si/mojepocutje>). Če prejme priporočilo, 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 glede občutljivosti, odkrivanja in zdravljenja duševnih motenj ter drugih ranljivosti, sicer zamujamo priložnost, 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 treba spremljati situacijo in raziskovati potrebe žensk v obporodnem obdobju. Zavedati se moramo, da se različne ranljivosti med seboj zelo pogosto prepletajo in jih pri eni ženski najdemo več, kar kaže na to, da so njihove potrebe kompleksnejše. 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. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje razvijamo celovit program za prepoznavanje in obravnavo duševnih motenj v obporodnem obdobju, ponudbo storitev za ženske, ki se soočajo s stiskami v tem obdobju nameravamo v kratkem nadgraditi še s spletno aplikacijo za samopomoč. V prihodnje bo treba ovrednotiti implementacijo nadgrajenih obstoječih preventivnih programov in novih pristopov za nosečnice in otročnice ter krepiti sodelovanje med strokovnjaki različnih specialnosti in strok tako znotraj kot tudi izven zdravstvenega sektorja. Da bomo lahko uspešno pomagali najranljivejšim 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 Klanšek H, eds. 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 8.12.2021 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 2017 – 2020. Obdelava podatkov.
11. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti za leto 2020. 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. World Health Organization. HFA database. Dostopno dne 15 .9. 2021 na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.
15. 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).
16. Delovna skupina za obravnavo podatkov o maternalnih smrtih. Poročilo o maternalni umrljivosti v Sloveniji v letih 2015, 2016 in 2017. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019 (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: 139–145.
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. In: Globevnik Velikonja V, ed. 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

Avtorica: 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 druge 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. Izkušnje nosečnice na prehodu v starševstvo obarvajo številni dejavniki okolja. Naloga perinatalne psihologije ni usmerjena le v 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 od 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, ki jim je, pa tudi njihovim družinam, smiselno poleg zdravljenja z zdravili vedno ponuditi tudi psihoterapevtsko pomoč. Za poporodno depresijo je značilna prisotnost še dodatnih simptomov: težav z dojenjem, obsesivnih misli ali

impulzov, povezanih z otrokom, ambivalentnih čustev ali pomanjkanja ljubečih čustev do otroka, strahu pred neuspehom, občutka neustreznosti v vlogi matere ter pogostega bedenja 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 jo ščiti 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 in tuje podatke bi pomenilo, da je v Sloveniji v letu 2012 poporodno depresijo doživelo okoli 4.300 porodnic, od tega okoli 1.400 v hujši obliki (10).

Večina epizod perinatalnih depresij izzveni spontano znotraj treh do šestih mesecev, 25 % žensk je eno leto po porodu še depresivnih. Pri 25–50 % žensk s poporodno depresijo ta traja šest in več mesecev. 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 3 %, na različnih vprašalnikih depresivnosti pa v odvisnosti od števila in jakosti simptomov najdemo 10–30 % 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 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 najintenzivnejše 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 postravmatska 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 1.000 porodnic (10). Podrobneje je opisana v poglavju o poporodni psihozi.

Incidenca poporodne posttravmatske stresne motnje je okrog 5,6 %. Najpogostejše 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 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 najpogostejše 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, živčnih prenašalcih, 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, nezaželen 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, nevroticizem; šibki: 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).

<i>Dejavniki tveganja za depresijo v nosečnosti</i>	<i>Dejavniki tveganja za poporodno depresijo</i>	<i>Brez pomembnega vpliva na depresijo v nosečnosti</i>
• anksioznost v nosečnosti • negativni stresni življenjski dogodki • premalo partnerjeve podpore • pomembni življenjski dogodki • depresija v anamnezi • pomanjkanje socialne podpore • nezaželen nosečnost • kakovost partnerskega odnosa	• prenatalna depresija, pomanjkanje samozvesti • stres zaradi skrbi za otroka • prenatalna anksioznost • stresni življenjski dogodki • pomanjkanje socialne podpore • kakovost partnerskega odnosa • depresija v anamnezi • temperament otroka • poporodna otožnost	• 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–nadledvična žleza tako pri materi kot plodu. Depresivna nosečnica ima povečano tveganje za neustrezno pridobivanje teže v nosečnosti, pojav gestacijskega diabetesa, manj obiskov pri ginekologu ter zlorabo drog. Depresivna mati izraža manj verbalne in očne 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 opazajo 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. 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 intervenc 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, obsežnejše študije za izboljšanje tega pomembnega področja javnega zdravja. Učinkovitost intervencij je treba ocenjevati ne samo v prvih mesecih, 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, začevši 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 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 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. Izpolnjevanje zahteva 2–5 minut (30). Ta samoocenjevalni vprašalnik je validiran, telesni simptomi so izključeni, ker se med depresivnimi in nedeprativnimi nosečnicami in ženskami po porodu ne razlikujejo. Vprašalnik je bil validiran tudi za uporabo med nosečnostjo. Če ženska doseže 10 ali več točk, 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 Whooleyjevi 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, ki so vam običajno v veselje?

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 napotiti žensko k psihiatru ali kliničnemu psihologu za diagnostično oceno in ustrezno terapevtsko pomoč (31, 33).

Seveda obstajajo še drugi presejalni testi. 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 podreztata 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 znotraj ginekološke stroke je bila sprejeta odločitev o nujnosti prepoznavanja ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju.

S podporo Ministrstva za zdravje, Združenja za perinatologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu in Slovenskega društva za psihosomatiko v ginekologiji in porodništvu smo v triletnem obdobju 2017–2019 oblikovali sodobni multimodalni program presejanja za odvisnosti (nikotin, alkohol, prepovedane droge), depresijo in nasilje v obporodnem obdobju (akronim PODN) in za uporabo izobrazili ginekološke time v Sloveniji. Ginekološki tim naj bi izvedel presejanje v vsakem trimesečju nosečnosti in ob prvem pregledu po porodu. Za presejanje za depresijo se uporabljata Dve Whooleyjevi vprašanji in EPDS. Ob prvem pregledu v nosečnosti ginekolog povpraša o anamnezi duševnih motenj in po potrebi usmeri nosečnico k psihiatru ali se poveže z njim, če ga gospa že ima. Prav tako ob prvem pregledu v nosečnosti, v 16. in 24. tednu, ginekolog postavi Whooleyjevi vprašanji in če nosečnica na eno odgovori pritrdilno, v izpolnjevanje dobi 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), to pa bomo uresničili s prenovo Materinske knjižice, ki bo v elektronski obliki.

Za uporabo EPDS ob obiskih na domu po porodu se usposablja tudi patronažne sestre.

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 osveščeno in prepoznavanje poporodne depresije pri ženskah samih in v družbi, zahvaljujoč skupnim prizadevanjem za informiranje tudi laične javnosti.

Obravnava 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 v tem obdobju pogosta in da jo znamo učinkovito zdraviti. Prav tako je pomembno spregovoriti o z motnjo povezanih razmišljanjih, občutkih stigmatizacije, sramu in krivde ter pričakovanjih 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 obravnava (36).

Ženske z blago depresijo morda potrebujejo svetovanje, zlasti v smislu izobraževanja tako nje kot njenega partnerja in vključitve socialnega sistema v podporo nosečnici. Včasih pa obravnava niti ni potrebna, jih je pa treba spremljati. Pri blagi oz. zmerni depresiji je običajno dovolj psihoterapevtska obravnava katerekoli smeri, redko

potrebujejo zdravljenje z zdravili. 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 morebitnim neželenim 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 krepijo anksioznosti, saj je ta 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 3 povzema učinkovitost nefarmakoloških metod zdravljenja v obravnavi obporodne depresije (31).

Tabela 3. Nefarmakološke oblike zdravljenja obporodne depresije in njihov učinek 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 v 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 ji terapevt pomaga 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. Trenutno je bolje 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. Ukvarja se 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 pozneje izpodbijamo ter nadomestimo z drugimi, koristnejšimi oz. bolj funkcionalnimi mislimi in aktivnostmi. Beleženje misli in občutij čez dan 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 jo moramo 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 hkrati 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 hkrati vidimo kakovost njunega odnosa, njegovo pripravljenost za pomoč in skrb za otroka. Drugi pomembni razlog za družinsko terapijo je, da jev 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 ustrezne partnerjeve ali drugačne socialne podpore, je potrebna intenzivnejša individualna psihoterapija, ki je kombinacija kognitivnih in psihodinamskih elementov. Ob zmerni in hudi depresiji s samomorilnimi mislimi in/ali hudi anksioznosti usmerimo nosečnico ali žensko k psihiatru za presojo uvedbe tudi zdravljenja z zdravili (10).

Študija Formana in sodelavcev je pokazala, da učinkovita obravnava poporodne depresije ne zadostuje za izboljšanje odnosa mati-otrok, zato je nujno ob obravnavi materine poporodne depresije 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 izobraževanje in čim zgodnejše vključevanje v nego otroka, vključno z metodo kengurujčkanja, ki zagotavlja dodatni 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. *Bio-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 Psychwchiatry. 1991; 48: 801–6.
19. Vigod SN, Steiner M. Biomarkers of Perinatal Pschopathology. 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 raducting perinatal mental health morbidity. Cohrane 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. Lambrendtse-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. Bio-Psycho-Social 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. De-press 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. Priročnik 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. Globevnik 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 reprodukativno obdobje

Avtorica: Vislava Globevnik Velikonja

Uvod

Nasilje je od nekdaj del človeške izkušnje. Njegov vpliv 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 ter 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 skritega za zaprtimi vrati domov, delovnih mest, 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. Vsekakor pomenijo 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 prisilni ali samovoljni 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, številnim ljudem predstavlja zasebni problem in tako ostaja tabuizirana 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 nekažnovano (6).

Spolno nasilje je katerokoli 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 bil ta delež 1,5 %. Najpogostejša oblika spolnega nasilja je bila nezaželeno spolno dotikanje, ki se jim je zdelo moteče in stresno. Sledili so prisiljen spolni odnos, posilstvo v partnerstvu, uporaba določenih predmetov brez privolitve ženske, preprečitev uporabe kontracepcijske zaščite in prisila v 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 4–8 %. Partnerji nad nosečnicami najpogosteje izvajajo psihično, prisotno pa je tudi fizično nasilje. Partnersko nasilje v času nosečnosti je pogostejše pri ženskah z nižjim socialno-ekonomskim statusom, 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 je na ljubljanskem vzorcu žensk pokazala, da jih je 4,2 % doživelo vsaj eno obliko nasilja (fizično, psihično, spolno) med nosečnostjo (10). Nekateri avtorji menijo, da je prevalenca nasilja s strani intimnega partnerja precej višja, vendar imamo nepravne podatke zaradi upiranja razkritju s strani žrtev in omejitve raziskovalnih metodologij (11).

Fizično nasilje skoraj vedno spremlja tudi psihološko. To obsega velik razpon dejanj, ki vodijo v zmanjšano duševno zdravje in slabo čustveno počutje žrtve. 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 ženske opisujejo fizično in spolno nasilje, ki so ga doživele, kot ponižujoče in škodljivo, 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, grožnjami ali dejanskimi izselitvami iz hiše, nadziranjem njihovega dohodka ali uničevanjem predmetov, ki družini nekaj pomenijo (13).

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo 2014 opravili omenjeno raziskavo NANOS, v kateri je z izpolnitvijo anonimnega vprašalnika (prevod in priredba NorAQ) v trimesečnem obdobju sodelovalo 1.018 žensk po porodu, kar je bil 80-odstotni odziv glede na število razdeljenih 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 %, torej vsaka druga ženska, je do svojega v povprečju tridesetega leta v nekem obdobju svojega življenja trpela zaradi vsaj ene oblike nasilja (10).

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

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

<i>Posledice fizičnega, psihičnega, spolnega in institucionalnega nasilja nad ženskami</i>		
Smrt	Telesno zdravje	Kronična stanja
Umor	Poškodbe	Sindrom kronične bolečine
Samomor	Invalidnost	Sindrom vzdraženega mehurja
Posledica AIDS-a	Telesni simptomi	Motnje prebave
Materina umrljivost	Slabo subjektivno zdravje	Fibromialgia
	Debelost	
	Funkcionalna prizadetost	

Posledice fizičnega, psihičnega, spolnega in institucionalnega nasilja nad ženskami

Psihično zdravje	Negativno vedenje za zdravje	Reprodukativno 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 prekinitve 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 odraslosti moramo razumeti tudi z vidika razvojnega obdobja. Zloraba v otroštvu vpliva na razvojne procese, kot so sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja medosebnih odnosov, 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 v začetku in poteku poroda.

Nasilje med nosečnostjo

Nasilje pred in med nosečnostjo ima resne zdravstvene posledice tako za mater kot 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 ženske vendarle ščiti. 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 najpogostejše 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 pogostejše 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 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. Hkrati je tovrstno nasilje 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 zanemari 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 bodo žrtve nasilja v nosečnosti, ni enostavno opredeliti, zato je na osnovi demografskih lastnosti ženske ali partnerja nemogoče prepoznati morebitno žrtv nasilja. Med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za nasilje v nosečnosti je zgodovina nasilja, ki tudi do štirikrat poveča tveganje zanj 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 njene zaščite. Nosečnice iz ljubljanskega vzorca so razkrile partnersko nasilje le v 9 (fizično nasilje) oz. 23 % (psihološko in spolno nasilje). Najpogostejše 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 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 osebja, da sprašuje o nasilju, stopnja osveščenosti med splošno populacijo in zasebnost ob spraševanju o nasilju. Raziskave so tudi pokazale, da je treba ženske o nasilju vprašati večkrat in ne samo ob eni priložnosti, saj je včasih potreben čas, da razkrijejo tako izkušnjo (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 leta 1999 priporočilo, da bi vsi uporabljali enotni 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 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, da bi zmanjšali 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 strokovnih služb na domu 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 med njimi in družinami, ki niso bile obravnavane, po šestih letih pa niso več našli (29).

Zaradi povezave nasilja intimnega partnerja nad žensko, zlorabo drog, depresivnimi in anksioznimi motnjami velja omeniti razvoj obetajočih, integriranih, multimodalnih intervenc, ki ciljajo na multiple dejavnike tveganja, so cenovno učinkovite in izvedljive za vključitev v klinično prakso (11). Tudi v Sloveniji smo v letih 2017–2019 izvajali projekt PODN (*Prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja v obporodnem obdobju*), znotraj katerega smo izobrazili ginekološke time za uporabo presejalnih testov ob rutinskih pregledih v nosečnosti, prvo svetovanje, ustrezno napotitev pacientke k ustreznemu strokovnjaku ter timsko obravnavo (30). Predvidena je tudi vključitev izobraževalnega programa PODN v program specializacije iz ginekologije in porodništva.

Seveda je treba 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 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 njihovo psihično in reproduktivno zdravje ter posledično za zdravje njihovih otrok. Vpliv nasilja na reproduktivno zdravje, na splave in nosečnost, je kompleksen problem (6).

Le z usklajenim delovanjem vseh področij (raziskav, zdravstva, sodstva, sociale, izobraževanja) lahko zmanjšamo problem nasilja nad ženskami (primarna preventiva) (13). Nasilje je javnozdravstveni in socialni problem, pri čemer ima zdravstveni sistem edinstveno možnost preprečevati nasilje nad ženskami, predvsem preko storitev reproduktivnega zdravja, do katerih večina žensk dostopa v določenem obdobju svojega življenja. Ženske, ki so doživele nasilje, ne smejo biti stigmatizirane ali obtožene, ob zagotovljeni zaupnosti in varnosti morajo dobiti primerno zdravstveno oskrbo in drugo pomoč za zmanjšanje psihičnih posledic (sekundarna preventiva), ob razvoju 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 strenght. *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&issn=0886-6708-&volume28=&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 Medincincin* [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*

Avtorica: Zalka Drglin

Uvod

Spolna zloraba (v nadaljevanju SZ) otroka je vsako dejanje osebe, ki z zlorabo odnosa, svojega privilegiranega položaja, moči in vpliva nad otrokom otroka prisili ali zavede v spolnost ali dejanja s spolno konotacijo, da bi zadovoljila lastne potrebe 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 od oblik spolnega nasilja (2). Po raziskavah SZO je v evropski regiji pojavnost SZ otrok 10-odstotna. 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. Tako klinične izkušnje kot tudi raziskave kažejo, da se lahko pokažejo takoj in/ali pozneje (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 pogostejše 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 svoje zmožnosti. Za nekatere nosečnost predstavlja priložnost, da svojo izkušnjo zlorabe presežejo. Pri tem sta dobrodošli 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. »Pozabiti«

dogodek je ena od preživetvenih strategij. Pri nekaterih se šele v nosečnosti ali med porodom prvič obudi spomin na SZ, kajti zaradi njunih 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, pa 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 posebno, 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 resničnosti, prek različnih senzornih poti (vonja, giba, kraja, podobe, telesnega položaja, odnosa, 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. To 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 nekemične zasvojenosti, motnje hranjenja, večje tveganje za zlorabo alkohola, tobaka, 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, npr. 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 vzbuja z nosečniškim trebuhom, lahko vir močne stiske, saj se mnoge leta in leta trudijo prikriti telo (8) in njegovo govorico; še posebno 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 spoštujemo njihovo voljo. Smiselno je, da zdravstveni strokovnjak (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 (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 sprožijo spomine na zlorabo; bodimo pozorni na potrebe ženske glede golote, izpostavljenosti telesnih delov pogledu ali nadzoru; z besedami in vzdušjem, ki ga ustvarimo, ji sporočamo, da je varna, podprta, da delujemo v smeri krepitev njene moči in sposobnosti za bližajoči se porod; spoštujemo in upoštevacemo 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, 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 zasvojenosti, 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 vedenj. Ob tem je treba spoštovati njeno svobodo odločanja in moč za spremembe. Tako je dobro, da skupaj z njo premislimo, katere poti bi lahko ubrala za zmanjšanje

pitja alkohola in rabe tobačnih izdelkov; pomagamo ji lahko raziskovati različne možnosti in potrdimo vsak napredek v zniževanju škode za otroka in zase.

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 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 štetju otrokovih gibov ali znakov poroda (11).

Vpliv spolne zlorabe v otroštvu na doživljanje poroda

Ženske, ki se zavedo, da obstaja možnost, da zloraba v otroštvu vpliva na porod, so lahko prestrašene, žalostne, jezne, besne. Morda čutijo, da je zlorabljalci že tako veliko vzel, sedaj pa jih bo oropal še za nekaj, kar pojmujemo kot dragoceno in izjemno: porodno izkušnjo. Informacija in ozaveščanje o povezavi med zlorabo in nosečnostjo, porodom in zgodnjim materinstvom ponuja priložnost sprejemati odločitve, ki pomagajo zmanjševati vpliv preteklosti na sedanjost. Nekatere ženske doživijo to obdobje kot temeljno izkušnjo celitve. Mogoče je zmanjšati tesnobo, prevzeti več nadzora, pogoj pa je poznavanje sprožilcev, izbir in možnost 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 bojazni 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, potrebe in da bodo njihovi odgovori odkritosrčni in poštene; 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, npr. 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 izbiri); niso prepričane, kako bodo lahko sodelovale s telesom ali se prepuščale porodnemu dogajanju (4–10).

Številne ženske, ki so rodile in se niso imele možnosti pogovoriti o svojih skrbih pred porodom, so izrazile obžalovanje, jezo ali ogorčenje, da jih ni nihče opozoril na morebitni 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 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 sprostijo. Če se taka porodnica počuti ogroženo, 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, počakati na pristanek ali zavrnitev in ga/jo upoštevati. Ne sme se zlorabljati znanja, spretnosti in moči, da bi storili (še) nekaj, za kar se niso dogovorili, da bi na primer med vaginalnim pregledom izvedli še prediranje plodovih ovojov. 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 odrasli-odrasli.

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 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 sta 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 sprostitev. Za osebe v porodni sobi je pomembno, da znajo prepoznati dogajanje. Če se ni bilo mogoče izogniti sprožilcu in je prišlo do podoživljanja zlorabe, pomagajo razločevati preteklost od 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, otopele, panične (8). Nekatere ženske z izkušnjo SZ disociirajo. Tako se oddaljijo od svojega telesa, občutkov ali misli, pobegnejo iz nevarne situacije (ki je bila času zlorabe resnično ogrožajoča). To je še posebno 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 invazivnih 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 drugačne 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 posebno 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 našteteto 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, npr. da bi njihova skrivnost prišla na dan ali da bi se nenavadno vedle. Splošno anestezijo lahko razumejo kot popolno odpoved nadzoru nad dogajanjem in lastnim telesom. Druge, nasprotno, želijo splošno anestezijo pri carskem rezu, 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 zavrnila (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 npr. 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 zanjo porod leže na postelji lahko sprožilec »flashbacka« (11, 16); za druge pa je tak porod način za zagotavljanje nadzora, medtem ko pokončne položaje in gibanje povezujejo z ranljivostjo in izgubo nadzora (11).

Porod s pomočjo vakuuma 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 šivanje 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 nato 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 upoštevati meje, 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 je dobro naučiti, kako naj na primer masira, boža, drži, podpira ipd. ZS ji lahko svetuje gibanje – gibanje z medenico, gibanje s strani na stran, naprej-nazaj –, ne da bi se je dotaknil. Vzdrževanje očesnega stika je pomembno, še posebno 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 obljubljam nečesa, če nismo zares gotovi, da je mogoče.

Pomagajmo ji odkriti moč lastnega 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 ravnesju 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 k okrepanju, imajo morda celo zelo izdelane predstave o tem, kako želijo skrbeti in negovati svoje otroke, še posebno kot odziv na to, ali so jih njihove lastne matere varovale pred zlorabami ali ne. Nekatere nosečnice 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 ipd. 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; njeni občutki 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. Mama začuti odpor do dojenja in morda tudi do otroka; dojema ga lahko kot incestuozno dejanje (6). Medtem ko je za nekatere ženske dojenje prijetna izkušnja, je zaradi omenjenih razlogov za nekatere nesprejemljivo; 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 zanj 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; npr. 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 otroka.

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 s povezovanjem s svojim otrokom, ker ta morda vzbuja spomin na stiske, ki jih je sama doživljala kot odvisna, nebogljena, nemočna. Pri potlačenih in nepredelanih spolnih zlorabah 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 otroka ne bi znale varovati (6, 8) ali celo, da bi same zlorabile (6–8, 17). Morda ne znajo dobro presoditi, kakšen dotik je primeren; koliko dotikanja je preveč ali premalo. Za dojenčkovo telesno in duševno zdravje ter dobro počutje sta telesni stik in dotikanje izjemno 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, npr. da se najprej nežno dotakne otrokove glave, 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 okrevalo 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 kopanja 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 s tem. Travma se lahko kaže skozi različne načine razmišljanja in vedenja v obporodnem obdobju, kar je lahko za strokovnjake svojevrstni 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« zlorabe, sodelovanje s posameznico pri načrtu aktivnosti za soočanje s potencialnimi sprožilci in obporodne skrbi na splošno. Izkušnjo spolne zlorabe je mogoče predelati, jo 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 okrevanja.

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 preprečevati 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 nikar 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 spadajo mednje 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 posebno pomembno, da dobro skrbijo zase. Pripravljeni naj bodo spremeniti mišljenje 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 ranljivejši za zlorabe, ki so jih doživeli drugi; pričakovanja do sebe naj bodo realistična; prepoznavajmo svoje meje in jih spoštujmo, pozorni bodimo do svojih potreb. Zavedajmo se, da ima posameznica utemeljene razloge za svoje občutke in vedenje, vendar to nismo mi. Izobražujmo se o zlorabah in tematikah, povezanih z njimi, kot so zloraba substanc, zasvojenosti 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, ur. 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 dojevanje obdobja nosečnosti pri žrtvah. V: Labaš S, ur. 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):303–05.
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. Dostop 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

Avtorica: Liljana Dreu

Uvod

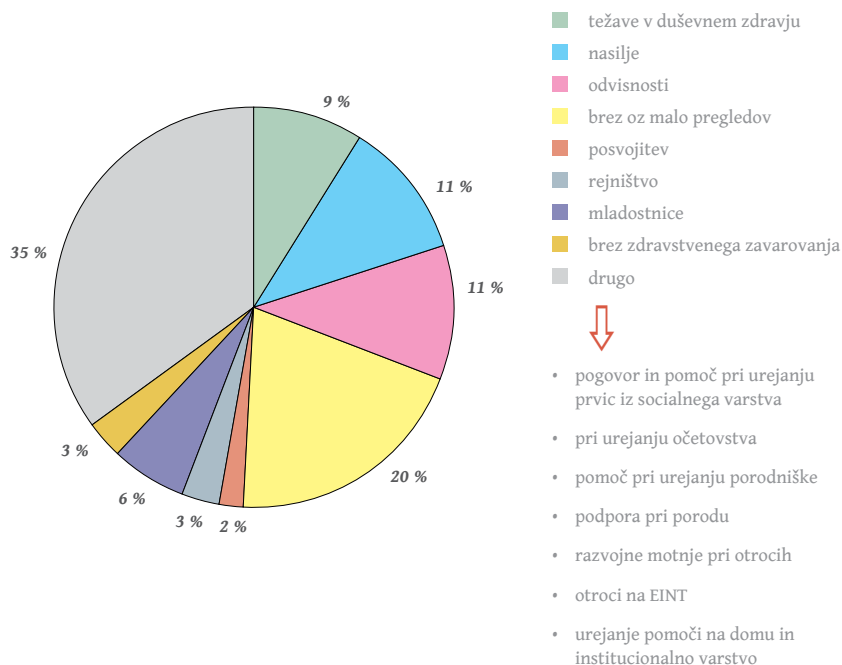
»Biti mati pomeni prevzeti nase eno najbolj čustveno in intelektualno zahtevnih, napornih in hkrati globoko zadovoljstvo vzbujajočih nalog, kar se jih lahko loti človeško bitje.« (1)

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 prej, 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 navedena v materinski knjižici. Včasih se sodelovanje nadaljuje po obravnavi na Komisiji za umetne prekinitve nosečnosti 1. in 2. stopnje, potem ko je bila zahteva za umetno prekinitev neželene in nenačrtovane nosečnosti zaradi prepozno vložene zahteve zavrnjena.

Oddelčne obravnave 2015-2020



Slika 1. Razlogi za socialno obravnavo na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC v Ljubljani od 2015 do 2020.

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

Te ženske imajo pogostejše od drugih nižji socialno-ekonomski status, nedokončano ali nižjo stopnjo izobrazbe, so brez zaposlitve, nimajo urejenih stanovanjskih razmer in so v nestabilni partnerski zvezi, samske ali pa odvisne od družine, države in dobrodelnih 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 moči « (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 perečih situacijah, kjer so interakcije med žensko in okoljem otežene. Socialne težave so najpogostejše 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 institucionalnih formalnih socialnih mrež (zaposlitvenih, izobraževalnih in zdravstvenih), materialno prikrajšanost, pomanjkljive veščine za iskanje pomoči in vzpostavljanje socialnih stikov ter 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 in formalnih socialnih mrež, z dolgotrajno materialno prikrajšanostjo, ki gre iz generacije v generacijo, z osebno izolacijo brez iskanja pomoči in socialnih stikov v ožjem in širšem življenjskem okolju ter nenazadnje tudi 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;
- nezaposlenost 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, pomoči ob rojstvu otroka, pravici do otroškega dodatka, brezplačni pravni pomoči. Poleg tega nudimo oporo pri iskanju pomoči in rešitev, ko ženska doživlja nasilje, predvsem pri urejanju psihološke podpore za žrtve nasilja in namestitve zanj in 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, pravici do otroškega dodatka, brezplačni pravni pomoči;
- opora pri iskanju pomoči in rešitev žrtvam nasilja.
- pomanjkanje socialnih stikov v ožjem in širšem življenjskem okolju;
- neodzivnost okolja za posebne potrebe v obdobju nosečnosti in po porodu.

Prepoznavanje stisk in napotitve

Nosečnice v Sloveniji uporabljajo materinsko knjižico, v kateri 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 oz. časa po njem.

Zdravstveni delavci, ki spremljajo žensko v obporodnem obdobju, so jo ob izraženi psihični stiski pripravljeni 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 svetovalnicami, 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, v katerih 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 prej, imajo nižji socialno-ekonomski status in nimajo podpore partnerja ali družine.

K stiski matere (in partnerja) zaradi nenačrtovane nosečnosti pristopimo s psihosocialnim 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 treba 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 v največji meri potrebujejo socialno pomoč.

Področja, na katerih ženske v obporodnem obdobju v največji meri potrebujejo socialno pomoč:

- urejanje očetovstva;
- uveljavljanje pravic iz socialnega varstva in družinskih prejemkov;
- oblačila za novorojenčka;
- namestitve 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 podpirne 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 katerikoli 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 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, ginekologom, svetovalci pristojnega centra za socialno delo, ženskimi svetovalnicami, materinskimi domovi, varnimi hišami. Viri pomoči so

lahko tudi njena družina in prijatelji. Spodbujanje k pravočasnemu sprejemanju pomoči je izjemnega pomena, saj zgodnja pomoč pomeni več socialne varnosti za mamo in otroka. Vedno jo povabimo, naj 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 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 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 UKC Ljubljana se socialne delavke vključimo v proces pomoči 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 ginekološkim ordinacijam. 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 pomanjkanju, materialnem in nematerialnem, 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 treba 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, ki bi jo te uporabnice potrebovale. Razvijajo se nove oblike pomoči, ki bi lahko zagotavljale uporabnicam tovrstno pomoč, 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 ravnoesje 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, ljubečo starševsko skrbjo zanj 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 ohranjamo tak odnos, da lahko 'vedno pride

nazaj'. Kot pravi Sunderland (12): »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 razliknosti. Morda bo poleg tega družba spoznala, da bodo otroci bolje uspevali, če bo dobro poskrbljeno za starše.«

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. Prepoznava in obravnava 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_Obporodno_obdobje_SDDZ.pdf.
9. Dreu L. Dobra praksa socialnega dela na področju posvojitve. 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 motja in obsesivno-kompulzivna motnja v obporodnem obdobju

Avtorica: 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 nezdavljene, 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. 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 agorafobijo ali brez nje (3,8 %) ter agorafobija s panično motnjo ali brez nje (2,5 %) (5).

Ženske bodo dobile diagnozo anksiozne motnje 1,5- do 2-krat verjetneje 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 občutljivejših. Koncentracije perifernih spolnih hormonov pri ženskah z razpoloženjskimi in anksioznimi motnjami ter 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 %. Povezana je 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 pogostejši 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 postelji in kritiko materinskih spretnosti, zadnje lahko kaže 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 od 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 ter 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 poznejša 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, raba 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 najobčutljivejši limbični sistem, predvsem hipokampus in amigdaloidno jedro (25). Koncentracija kortizola v serumu ploda je veliko nižja od materine, manjše povečanje koncentracije v njenem krvnem obtoku lahko zelo poveča 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 duševni razvoj otroka. V prvih dveh letih je lahko zmanjšana aktivnost n. vagusa in imunskega sistema, pozneje v otroštvu pa pogostejše zbolevali in imajo manj sive možganovine. Na področju otrokove duševnosti je posledica lahko več negativnega čustvovanja, zelo majhni

otroci pa dosegajo nižje rezultate na razvojnih testih in so nagnjeni k internalizaciji težav. V otroštvu se lahko razvijejo anksiozne motnje, koncentracija kortizola je lahko povišana, v adolescenci pa so lahko prisotna internalizirajoča vedenja (široka paleta vedenj, pri katerih so čustva usmerjena navznoter) (18, 19).

Poporodna anksioznost vpliva na kapaciteto za ugaševanje 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 obeh staršev v prvem letu po porodu je povezana s poznejšo 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 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 verjetneje 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 0–10,8 % (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 dve leti po porodu (38).

Panična motnja

Glavna značilnost so nenadni kratki izbruhi hude tesnobe in strahu, ki jih spremlja intenzivni 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 1–2 %, v nosečnosti 0,2–5,2 %, v tretjem trimesečju okoli 2,5 % (40). V nosečnosti so najranljivejše 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 razpoloženske motnje je tveganje za pojav panične motnje v nosečnosti še večje (41).

V celotnem obdobju 3–11 % 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 hkrati 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 prenizko 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, izjema je tokofobija (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 povezavo 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 takim 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 klasifikaciji 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 zanj 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 porodom in porodniško urgentno stanje, srednje hudi zapleti pri novorojenčku ter anksioznost ali depresija v nosečnosti, nizka stopnja opore med porodom, predhodna psihološka travma, 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 travmatiski. Trenutno 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 jih zdravljenja ne prejme. Tretjina se zdravi samo z zdravili, petina s psihološkimi pristopi in četrtnina z obojem (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 stigmo 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 rabi alkohola v nosečnosti).

Anksiozne motnje v nosečnosti je namreč zaradi neugodnega vpliva na plod (glej 2. poglavje prispevka) in tveganja za poporodno depresijo treba 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 učinkoviti 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 paroksetinu zaradi nevarnosti prirojenih srčnih napak. Varni in učinkoviti so tudi nekateri antidepresivi iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina in noradrenalina (SNRI). Če je ženska jemala antidepresiv iz skupine SNRI že pred nosečnostjo, naj s tem 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. To so vedenja ali dejanja, ki jih 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 drugimi življenjskimi obdobji večje tveganje za OKM. Takrat bodo verjetneje doživele začetek ali relaps OKM kot splošna populacija.

Nosečnost in porod sta povezana s poslabšanjem OKM ali njenim začetkom. 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 egodistoničnih 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 jih skrbna mama 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. Obvezno je treba izključiti duševne motnje, pri katerih bi bile 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 z agresivno vsebino, 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 antidepresivi 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). Če je zdravljenje neučinkovito, 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 antidepresiv iz skupine SSRI. Sertralin, escitalopram in citalopram so najboljše izbira pri zdravljenju OKM v nosečnosti (78). Ob delnem ali nikakršnem odzivu odmerke antidepresiva postopoma povišamo do še sprejemljivega za

nosečnost. Če še ni želenega odziva, lahko antidepresiv zamenjamo ali pa dodamo atipični antipsihotik, prvi izbor naj bi bil risperidon. Zdravilo drugega izbora je fluvoxamin, tretjega fluoksetin in četrtega paroksetin, klomipramin ali venlafaksin.

V prvem trimesečju nosečnosti ni priporočljivo jemati 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 antidepresivi 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 nezdavljene. 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 ob 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 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 plod. Številni antidepresivi 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/mp.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 behavioral/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.psychneuen.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, Gezgin 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, Gezgin 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 to-cophobia 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 doubleblind 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, Reghunandanan 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 obporodnem obdobju

Avtorici: Karin Sernec, Triša Lipovšek - Mešanovič

Uvod

Motnje hranjenja danes predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem. Uvrščamo jih med duševne motnje in jih delimo na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo ter kompulzivno prenajedanje (po klasifikaciji Ameriškega psihiatričnega združenja, angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, DSM-5). Zadnja leta se pojavljajo tudi nove oblike motenj hranjenja, kot sta ortoreksija nervoza (hranjenje z izključno »zdravo«, biološko neoporečno hrano) in bigoreksija nervoza (obsedenost z mišičastim telesom). Gre za kronične, ponavljajoče se motnje, ki so pogosto povezane s psihiatrično komorbidnostjo in resnimi telesnimi zapleti. Ortoreksija nervoza je v DSM-5 uvrščena v posebno podskupino anoreksije nervoze, bigoreksija nervoza pa zaenkrat še ni uvrščena v mednarodne klasifikacije bolezni, kljub temu pa se osebe z ortoreksijo in bigoreksijo nervozo načeloma zdravijo v ambulantah in bolnišničnih oddelkih za zdravljenje motenj hranjenja.

Motnje hranjenja je treba ločiti od motenj prehranjevanja, ki veljajo za nekakšno predstopnjo motenj hranjenja, hkrati pa ni nujno, da se v njih tudi razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade, kot so neredno prehranjevanje, pogosta nihanja telesne mase zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnotežena prehrana) ipd. Te motnje v nasprotju z motnjami hranjenja ne sodijo med duševne motnje.

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter odsotnost sprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Navidezni problem s hrano v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjanje hrane postane izraz osvoboditve notranjih, bolečih in odsotnost prepoznavanja čustev. Motnje hranjenja se lahko kažejo kot mehanizem izogibanja, ko človek vso svojo energijo osredotoči na hrano in hranjenje ter se tako izogne bolečim čustvom in problemom. Lahko predstavljajo način obvladovanja življenjskih problemov, ki se zdijo nerešljivi, ali pa gre za prizadevanje nadzorovati lastno telo in življenje v razmerah, ko prizadeti čuti, da ga nadzorujejo drugi. Motnje hranjenja pa so lahko tudi reakcija na dolgotrajno, leta trajajočo nerazrešeno stresno situacijo. V osnovi ne gre za motnje v hranjenju, ampak motnje v sprejemanju samega sebe (1, 2, 3, 4).

Motnje hranjenja pogosto prizadenejo ženske v rodni dobi in povzročajo ginekološke težave, težave med nosečnostjo in po porodu. Zato je pomembno, da jih zdravstveni delavci, ki delajo s tovrstno populacijo, znajo prepoznati in ustrezno ukrepati.

Osebe z motnjo hranjenja pogosto 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 s 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 (5).

Oblike motenj hranjenja (MH)

Anoreksija nervoza (AN)

Anoreksija nervoza se običajno začne na prehodu iz otroštva v mladostniško obdobje, torej najbolj zgodaj od vseh oblik motenj hranjenja. Kljub temu da se navzven kaže z izjemno izgubo telesne mase in številnimi drugimi telesnimi zapleti, pa so v ozadju nepredelane oziroma nerešene čustvene stiske, ki jih posameznik ne zmore ali ne zna rešiti in jih tako nezavedno preoblikuje v simptom, vezan na hrano. 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 kronični, dolgoletni potek.

Diagnostični kriteriji AN po DSM-5 (6) so: restrikcija energetskega vnosa hrane, ki se kaže v izrazito nizki telesni teži (indeks telesne teže, $ITM < 17,0 \text{ kg/m}^2$); prisotnost intenzivnega strahu pred pridobivanjem telesne teže oz. debelostjo, čeprav imajo ob tem izrazito nizko telesno težo, in motnja v percepciji lastne telesne sheme (motena telesna shema) ali pomanjkanje uvida v resno ogroženost zaradi trenutne izrazito nizke telesne teže.

Ločimo dva podtipa anoreksije nervoze. Prvi je restriktivni tip, kar pomeni, da oseba vzdržuje nizko telesno maso s pomočjo stradanja in/ali telesne hiperaktivnosti. Drugi je purgativni tip, kar pomeni, da se oseba sicer prenažeda, vendar vzdržuje nizko telesno maso s pomočjo purgativnih vedenj (praznjenje s pomočjo bruhanja, zlorabe odvajal in/ali diuretikov). Razmerje med restriktivnim in purgativnim tipom je ena proti štiri (7).

Kadar je $ITM < 15 \text{ kg/m}^2$, govorimo o ekstremni obliki anoreksije nervoze (6).

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 ugotavljamo številna odstopanja. Pogosta je levkopenija, lahko tudi blaga anemija in trombocitopenija. Dehidracija lahko povzroči višje vrednosti sečnine. Pogosti so hiperholesterolemija, povišane vrednosti jetrnih testov, hipomagnezemija, hipofosfatemija in povišana serumska amilaza. Lahko pride do motenj elektrolitov. Ženske imajo nižje vrednosti estrogena, moški testosterona. Pogosti so sinusna bradikardija, hipotenzija, hipotermija in včasih izrazito podaljšan interval QTc. 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 posebno med ponovnim pridobivanjem telesne teže (angl. *refeeding*) ali ob prenehanju zlorabe diuretikov in odvajal (6).

Bulimija nervoza (BN)

Bulimija nervoza se najpogosteje klinično izrazi na prehodu iz obdobja mladostništva v zgodnjo odraslo dobo, torej pozneje kot AN. Potek je lahko kroničen ali intermitenten z obdobji remisije, ki jim sledi kompulzivno prenaždanje in uporaba kompenzatornih mehanizmov.

Diagnostični kriteriji po DSM-5 (6) so: ponavljajoče se epizode kompulzivnega prenaždanja, za katere je značilno, da oseba v določenem času (npr. dveh urah) poje večjo količino hrane, kot bi jo pojedla večina ljudi pod enakimi pogoji v enakem časovnem obdobju; občutek izgube nadzora nad vnosom hrane v tej epizodi v smislu, da ne more nehati jesti ali kontrolirati, kaj oz. koliko poje ter ponavljajoča se neustrezna kompenzatorna vedenja. Glede na kompenzatorno vedenje, ki ga oseba uporablja, delimo bulimijo nervozo na dva tipa. Prvi je purgativni tip, kjer oseba preprečuje dvig telesne mase s pomočjo bruhanja, zlorabe odvajal, diuretikov ali drugih zdravil, pri restriktivnem tipu pa oseba med posameznimi obdobji prenaždanja strada ali je telesno pretirano aktivna in na ta način ohranja ustrezno telesno maso. Kompulzivno prenaždanje in kompenzatorna vedenja se pojavljajo povprečno vsaj 1-krat tedensko v obdobju treh mesecev.

Zaradi bruhanja lahko pride do motenj elektrolitov. Značilne so hipokalemija, ki lahko sproži aritmije, hipokloremija in hiponatremija. Pomanjkanje želodčne kisline lahko povzroči metabolno alkalozo (povišano vrednost bikarbonata v serumu). Pogosto odvajanje tekočega blata ali dehidracija zaradi zlorabe odvajal lahko povzroči metabolno acidozo. Lahko so povišane vrednosti serumske amilaze, kar je najverjetneje posledica povečane količine izoencima v slini. Lahko pride do erozij zobne sklenine, še posebno na lingvalnih straneh sprednjih zob, in kariesa. V težjih primerih so zobje močno poškodovani. Pri nekaterih pride do izrazitega povečanja žlez slinavk, še posebno parotidnih žlez. Tiste, ki si sprožajo bruhanje s prsti, imajo običajno odrgnine in brazgotine na dorzalni strani dlani (6).

Kompulzivno prenažedanje (KP)

Najpogosteje se pojavlja v odraslem obdobju. Potek je lahko kroničen ali intermitenten z obdobji remisije, ki jim sledi kompulzivno prenažedanje brez uporabe kompenzatornih mehanizmov, posledica česar je prekomerna hranjenost ali debelost (prekomerna hranjenost: ITM med 25 in 30 kg/m², debelost: ITM nad 30 kg/m²).

Diagnostični kriteriji po DSM-5 so ponavljajoče se epizode kompulzivnega prenažedanja. Epizode so povezane z najmanj tremi od naslednjih značilnosti: osebe jedo hitreje, kot je normalno; jedo, dokler se ne počutijo nelagodno site; pojedjo večje količine hrane, ko niso lačne; jedo same, ker jih je sram zaradi količine zaužite hrane; po epizodi se gnusijo same sebi, so depresivne ali preplavljene s krivdo. Prenažedanje jih spravlja v hudo stisko. Pojavlja se najmanj 1-krat tedensko v obdobju treh mesecev. Ni prisotnih kompenzatornih vedenj za znižanje telesne teže kot pri bulimiji. (6).

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, prisoten pa je ustrezen ali povišan ITM; bulimija nervoza z nizko pogostnostjo 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 prenažedanje in kompenzatorno vedenje pojavljata manj pogosto in/ali trajata manj kot 3 mesece; purgativna motnja, kjer

gre za purgativna vedenja brez kompulzivnega prenajedanja, ter sindrom nočnega prenajedanja in še nekatere druge (6).

Ortoreksija nervoza

Čeprav je ortoreksija nervoza (gr. *ortho* – pravilen in *orexis* – apetit) vključena v klasifikacijah duševnih motenj v eno od podskupin AN, jo omenjamo zaradi nepovratnih zdravstvenih zapletov, ki jih lahko povzroči tako pri ženski kot plodu. Gre za obsedenost z zdravo, biološko neoporečno hrano. Simptomi ortoreksije nervoza sežejo dlje od težnje po zdravem prehranjevanju. Gre za resno motnjo, 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 manj 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, ker se drugi ne prilagodijo/stringjajo z njihovim strogim prehranskim režimom. Opozorilni znaki, da se začenja resna motnja hranjenja, so občutki krivde po »zdrsih«, večja samozavest po zaužitju »zdrave« hrane, spremenljivo razpoloženje, anksioznost in depresija.

Ključna razlika med anoreksijo in ortoreksijo je, da je pri prvi prisotna izrazita motnja telesne sheme (kljub podhranjenosti se doživljajo debele), pri drugi pa telesna shema ni motena, temveč gre za strah pred vnosom »umazane«, torej oporečne hrane (7).

Bigoreksija nervoza

Bigoreksija nervoza uradno ni uvrščena med motnje hranjenja, kljub temu pa se osebe s to motnjo obravnavajo v ambulantah in bolnišničnih oddelkih za zdravljenje motenj hranjenja. Gre za patološko obsedenost z mišičastim in popolnim telesom, zaradi česar oseba porabi veliko časa v fitnesu in na drugih vadbah ter posledično

pridobiva mišično maso, a je kljub temu prepričana, da je suha in povsem brez mišic. Tako se pogosto uporablja sinonim »obrnjena anoreksija«, saj je telesna shema izrazito motena, a ravno obratno kot pri anoreksiji nervozi.

Za bigoreksijo nervozo pogosteje zbolijo moški kot ženske. V ozadju sta, tako kot pri vseh motnjah hranjenja, nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Najpogosteje se klinično izrazi v obdobju adolescence in na prehodu v zgodnjo odraslost. Obbolele osebe svoj prosti čas preživijo v fitnesu, kjer se ukvarjajo s svojim telesom. Dodatni problem se pojavi, ko pričnejo zlorabljati sredstva, kot so anabolni steroidi, da bi čim prej dosegli svoje cilje. Zloraba anabolnih steroidov povzroča hude telesne in duševne zaplete, nekateri med njimi so celo nepopravljivi (7, 8).

Prehrana pri osebah z bigoreksijo nervozo je skrbno načrtovana. Pogosto gre za vzdrževanje stroge diete, ki vključuje ogromno količino beljakovin in malo maščob. Poleg anabolnih steroidov se lahko pojavi tudi prekomerno uživanje prehranskih dodatkov. Tak način življenja je za mnoge finančno nedostopen in zato pogosto zaidejv v finančne težave, ki še okrepijo škodljive posledice.

Epidemiologija motenj hranjenja

Motnje hranjenja se najpogosteje pojavljajo v razvitih državah z visokimi prihodki, kot so ZDA, večina evropskih držav, Avstralija, Nova Zelandija, Japonska idr.

Anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prenažedanje in druge MH prizadenejo več kot 13 % žensk, vedno pogosteje pa se z njimi srečujejo tudi moški (9). Stopnje razširjenosti se razlikujejo med spoloma, starostnimi skupinami in posameznimi motnjami, razmerje med ženskami in moškimi pa niha od 2 : 1 do 10 : 1, odvisno od posamezne motnje hranjenja (10).

Omenjeni avtorji navajajo, da so ženske razvoju motenj hranjenja bolj izpostavljene zaradi osnovnih simptomov, ki do tega pripeljejo. Sem sodijo težave s telesno maso in telesno obliko ter prekomerno hranjenje. Razvoj motenj hranjenja pogosto sovpada z začetkom pubertete. Suci in Crisan v svoji raziskavi poročata, da je prevalenca anoreksije nervoze med ženskami znaša 1,4 %, med moškimi pa 0,2 %, medtem ko je prevalenca bulimije nervoze pri obeh spolih višja in znaša 1,9 % za ženske in 0,6 % za moške (11).

Najvišja je prevalenca kompulzivnega prenažedanja, saj znaša 2,8 % pri ženskah in 1 % pri moških. V obdobju adolescence je razmerje 3 : 1 v prid ženskemu spolu,

vendar med spoloma obstaja pomembna razlika, saj moški stremijo k mišičastemu videzu, dekleta pa k bolj suhljatemu (12).

Obravnava motenj hranjenja

Glavni cilji zdravljenja motenj hranjenja so (13):

1. doseči in vzdrževati ustrezno (funkcionalno) telesno maso;
2. ustaviti škodljive oblike hranjenja, kot so restrikcija hrane, kompulzivno prenašanje, purgativna vedenja, zloraba odvajal in diuretikov, pretirana telesna aktivnost;
3. razrešiti kognitivne distorzije in prepričanja ter jih nadomestiti z ustreznimi (funkcionalnimi) pogledi nase, ki niso odvisni od telesne mase in oblike telesa, ter vzpostaviti ustrezno regulacijo čustev in vedenja;
4. zdraviti komorbidne motnje, psihiatrične in somatske;
5. načrtovati preventivo relapsa še 5 let po akutnem izboljšanju klinične slike.

Zdravljenje je odvisno od stopnje izraženosti motnje. Vključuje medicinsko, psihoterapevtsko, izobraževalno, dietetično in farmacevtsko komponento.

Anoreksija nervoza

Pri hujših oblikah AN je nujno spremljati somatsko stanje in ustrezno ukrepati ob zgoraj navedenih zapletih AN. Pogosto je potrebna bolnišnična obravnava.

Zelo pomembna je normalizacija telesne mase, ki jo dosežemo z ustrezno prehrano (angl. *refeeding*). Priporočeni so prehranski dodatki vitaminov in mineralov (14). Poleg normalizacije telesne mase in prekinitve škodljivih vedenj, ki znižujejo telesno maso (restrikcija hrane, pretirana telesna aktivnost), je treba obravnavati temeljna patološka prepričanja (13). Učinkovitost vedenjsko-kognitivne terapije (VKT) je manj dokazana kot pri bulimiji. Učinkovite so tudi interpersonalna, družinska in dinamsko-analitična psihoterapija. Bistvo psihoterapije je vzpostaviti dober terapevtski odnos, povečati zavedanje sebe, svojih čustev in telesa ter motivirati za spremembo. Ob tem je treba pomagati osebam z MH prepoznati in

spremeniti prepričanja glede hrepenenja po izgubi telesne mase, fobični strah pred debelostjo, jim pomagati sprejeti ustrezno (primerno višini in starosti) telesno maso ter pomagati pridobiti spretnosti samoregulacije čustev in vedenja (13).

Farmakološki ukrepi za dvig telesne mase so se izkazali za neučinkovite. Blag učinek je bil dokazan samo pri olanzapinu. Pri anoreksiji nervozi uporaba antidepresivov in atipičnih antipsihotikov samih po sebi ni učinkovita, obstaja namreč večja verjetnost, da bodo neželeni učinki bolj izraženi. Zaradi stradanja pride do pomanjkanja albuminov v krvi, kar pomeni več nevezane učinkovine v krvi, pomanjkanje telesne maščobe pa pomeni zmanjšan volumen porazdelitve zdravil, topnih v maščobah, in s tem višje koncentracije zdravila v krvi.

Če so anoreksiji nervozi pridružene depresivna epizoda, anksiozne motnje ali obsesivno-kompulzivna motnja (OKM), pa je smiselno sočasno zdravljenje z zdravili (13).

Bulimija nervoza

Terapija prvega izbora je psihoterapija. Raziskave so pokazale, da je učinkovita vedenjsko-kognitivna terapija, mestoma pa tudi dinamsko-analitična psihoterapija. Če psihoterapija ni dovolj učinkovita, je smiselna uvedba antidepresiva. Antidepresivi prvega izbora so selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), saj dokazano zmanjšajo pogostost kompulzivnega prenajedanja in purgativnih vedenj (13,14).

Kompulzivno prenajedanje

Preden začnemo načrtovati redukcijo telesne mase, je treba obravnavati prenajedanje. Terapija prvega izbora je psihoterapija, dokazano učinkovita je vedenjsko-kognitivna terapija, ki privede do izboljšanja v 50 %. Učinkovita pa je tudi dinamsko-analitična psihoterapija. Uporaba antidepresiva poveča izgubljanje telesne mase in zmanjša pogostost kompulzivnega prenajedanja (13). Britanske smernice NICE (angl. *The National Institute for Health and Care Excellence*) priporočajo uporabo SSRI kot dodatek ali alternativo psihoterapiji (13).

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 (13).

Druge specifične motnje hranjenja

Osebe z novimi oblikami motenj hranjenja, torej z ortoreksijo in bigoreksijo nervozo, se v veliki večini v Evropi, ZDA in Kanadi zdravijo v ambulantah in bolnišničnih enotah za zdravljenje motenj hranjenja.

Svetuje se zdravljenje po smernicah NICE za tisto motnjo, ki ji je nova ali atipična motnja najbolj podobna (14).

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 (13).

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 (15, 16, 17). 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 (18).

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) (5).

Posameznice z motnjo hranjenja je zaradi navedenega treba ustrezno izobraziti o nevarnosti za zanositev kljub menstrualnim motnjam, 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 jo to za žensko z motnjo hranjenja izrazito tvegano obdobje.

Ženske s katerokoli motnjo hranjenja pogosteje doživljajo negativna čustva, ko ugotovijo, da so noseče. Ta čustva pri ženskah z AN in BN vztrajajo do 18. tedna nosečnosti, včasih tudi dlje (15,16).

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

1. izrazit 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 njihova vedenja za vzdrževanje telesne teže (19, 20).

Ostale teme so strah pred neuspehom, strah pred spremembo telesa, strah pred spremembo prehranjevanja, negotovost glede oblike telesa in negotovost glede sposobnosti umirjanja otroka (20).

Iz navedenega je razvidno, da potrebujejo ženske z motnjami hranjenja v perinatalnem obdobju posebno in senzitivno obravnavo, ki je prilagojena njihovim specifičnim težavam (5).

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 (21, 22, 23, 24).

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. Še vedno pa so bili izrazitejši kot pri splošni populaciji (25, 26).

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 (27).

Psihološko so ženske z AN poročale o občutku materinske odgovornosti za okrevanje, spremenjeno percepcijo lastnega telesa in 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 (27). Tudi biološke nevroendokrine spremembe med nosečnostjo (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 (27).

Nekatere druge študije pa so pokazale, da lahko nosečnost sproži relaps pri ženskah, pri katerih je MH v remisiji (21, 26, 28). 33 % žensk z zgodovino AN je doživelo relaps in je potrebovalo pregled pri psihiatru, vendar nobena ni potrebovala hospitalizacije (28). Ena od študij je pokazala poslabšanje simptomov v nosečnosti pri AN, ki je že bila v remisiji, v smislu povečanja zaskrbljenosti glede naraščanja telesne teže, zmanjšanega vnosa hrane in povečanja telesne aktivnosti (26).

Pri bolnicah z BN je nosečnost pomenila okno remisije, pri bolnicah s kompulzivnim prenejanjem pa okno povečanje ranljivosti za začetek in kontinuiranost motnje (22,24).

Retrospektivna študija je pokazala, da so se vedenja pri BN med nosečnostjo izboljšala in da se število asimptomatskih posameznikov z BN pred in med nosečnostjo ni spremenilo (29), v nasprotju z 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 (30).

Študija žensk, nosečih več kot 16 tednov, je pokazala 17,3-odstotno prevalenco kompulzivnega prenejanja (30). V zadnjih 20 letih skupaj z incidenco prekomerne

telesne teže narašča. Po izračunih naj bi imelo kar 46 % odraslih s telesno težo v območju debelosti motnjo kompulzivnega prenehanja (31, 32).

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 tega v BN (32).

Nosečnost pri ženskah z motnjo hranjenja predstavlja obdobje povečane ranljivosti za pojav simptomov MH, še posebno 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 (5).

Pridobivanje teže med nosečnostjo

Veliki kohortni študiji na Norveškem in Nizozemskem sta pokazali, da pri ženskah z MH telesna teža bolj in hitreje narašča kot v splošni populaciji (33, 34, 35).

Povprečno pridobivanje telesne teže pri ženskah z AN v norveški kohortni študiji (MoBa) 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 (36).

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) (19). 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 (povprečni ITM 20,5). Pri 33 % 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 (37, 38). Pri ženskah z BN, purgativnim tipom DSMH in KP v študiji MoBa lahko kaže aktivno kompulzivno prenehanje, po drugi strani pa lahko pomeni pri purgativnem tipu DSMH in BN boljše kontroliranje purgativnih mehanizmov (39, 40). Zanimivo je, da so ženske s KP, ki so izražale večjo zaskrbljenost glede pridobivanja telesne teže med nosečnostjo, pozneje več teže tudi pridobile.

Prehrana med nosečnostjo

Britanska kohortna študija je evalvirala natančne prehranske vnose pri nosečnicah z MH (41). Ženske z anamnezo AN so pogostejše poročale o vegetarijanski prehrani kot ženske brez MH, vendar ni bilo odkritih pomanjkljivih vnosov vitaminov in mineralov pri nosečnicah z AN ali drugimi MH (40). Ženske s KP so imele pred in med nosečnostjo večje vnose skupnih kalorij, maščob, mononasičenih in nasičenih maščob ter manjše vnose folata, kalija in vitamina C (42).

Ženske z AN so dvakrat pogostejše uživale več kot 2.500 mg kofeina na teden kot ženske brez MH, kar je bistveno več od do 200 mg dnevno, kot priporoča Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (angl. *American College of Obstetricians and Gynecologists*) (43).

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 študiji 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 MH in brez nje (44).

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 (40, 41, 42, 43, 44).

Ženske z AN in nizkim ITM potrebujejo dodaten vnos kalorij za zagotavljanje zadostne pridobivanja teže. Za nosečnice s prenizko telesno težo je priporočeno, da v nosečnosti pridobijo 12,7–18 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.

Nujno je izobraževanje nosečnic o pomenu zdrave prehrane in priporočenem pridobivanju telesne teže glede na ITM pred nosečnostjo (5).

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 (45, 46, 47, 48, 49).

BN je povezana s povečano verjetnostjo prezgodnjih popadkov, prezgodnjim porodom, reanimacijo novorojenčka in zelo nizkimi vrednostmi na Apgarjevi lestvici v prvi minuti (18, 33).

Študija povezanosti AN in BN s porodniškimi zapleti, obravnavanimi bolnišnično 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 inducirane porode (50). Še več, nedavna raziskava 2.257 žensk s klinično obravnavano MH je pokazala, da so materine motnje hranjenja povezane z anemijo, upočasnjeno rastjo ploda, prezgodnjimi popadki, kratkim trajanjem prve faze poroda, prezgodnjim porodom, nizko porodno težo novorojenčka in perinatalno smrtjo (51).

Nasprotno pa so velike kohortne študije na Švedskem, Norveškem, Veliki Britaniji in Nizozemskem konsistentno pokazale, da ni nobenih signifikantnih razlik v perinatalnih zapletih med ženskami z zgodovino motenj hranjenja v primerjavi z ženskami brez zgodovine MH (34, 35, 51, 52). 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 krvavitev 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, dolгим trajanjem prve in druge faze poroda in rojstvom otrok, prevelikih za gestacijsko starost (48). 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 dopuščajo 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 (53). 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 ugotavljale povečanega tveganja za zgodnje prenehanje dojenja pri ženskah z MH, tudi če so bile v vzorec vključene specifično ženske z AN (46).

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 sramu ob izpostavitvi telesa (54). Pogosteje so poročale o težavah z dojenjem, 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 (54, 55).

Čeprav veliko žensk doživi remisijo motnje hranjenja ali zmanjšanje simptomov med nosečnostjo, se simptomi v poporodnem obdobju pogosto poslabšajo (21, 22, 25).

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, 45 in 42 % pri KP), motnja hranjenja vztraja v zelo visokem deležu (42).

Norveška študija (MoBa) je pokazala, da pride pri ženskah z AN do večjih padcev ITM prvih šest mesecev 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

(39). 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 prvih 6 mesecev po porodu. Teža je bila pri vseh skupinah MH in skupini brez MH relativno stabilna od 6. meseca do 3. leta po porodu (39).

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 (21, 55, 56). Prevalenca poporodne depresije pri ženskah s katerokoli obliko motnje hranjenja je 35-odstotna (49). Poročajo o več težavah pri prilagajanju v poporodnem obdobju, 50 % jih v tem obdobju poišče psihiatrično pomoč. Perfekcionizem (še posebno zaskrbljenost nad lastnimi napakami) je močan napovedni dejavnik resnosti simptomov poporodne depresije pri ženskah z anamnezo MH (56).

10 % žensk, ki iščejo psihiatrično pomoč zaradi poporodne depresije v terciarnih centrih, ima anamnezo AN. Te ženske so tudi pogostejše poročale o spolnih zlorabah v preteklosti (62,5 %) v primerjavi s kontrolno skupino (29,3 %) (57). Ti podatki potrjujejo, da je zgodovina MH ter razpoložljivosti in anksioznih motenj močan napovedni dejavnik za pojav poporodne depresije in anksioznosti (55).

Tudi ženske s BN in KP imajo povečano tveganje za razvoj poporodne depresije (56). 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 (57).

Zelo pomembno je, da tisti, ki obravnavajo ženske s poporodno depresijo ali anksiozno simptomatiko, raziščejo 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 (5).

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 (58, 59, 60).

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 pomenita ponovitve oz. poslabšanja bolezni, ampak sta povezana s potekom nosečnosti (61).

Ženske z MH so se naučile ignorirati vse fizične senzacije, vključno z lakoto, zato potrebujejo pomoč pri ponovnem osveščanju.

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

Pomembno je izobraževanje o znakih in simptomih prezgodnjega poroda zaradi povišanega tveganja pri ženskah z MH (62).

Proces in pogostost tehtanja je potrebno skrbno načrtovati. Za veliko žensk z MH je tehtanje pred drugimi naravnost zastrašujoče. Ni jih treba tehtati ob vsakem obisku. Včasih pomaga, da jih tehtamo s hrbtom obrnjene k skali in težo komentiramo, le če je to potrebno. Če je le mogoče, naj bo ob tehtanju prisotna samo ena oseba. S tem se izognemo hudi anksioznosti (63). Natančno je treba spremljati rast 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 varneje, kar zmanjša anksioznost, nekaterim pa ravno to poveča anksioznost, tako da naj se ponudi kot opcijo. Smiselno jih je usmeriti k dietetiku.

Nujno je treba 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 (62). Relaps se lahko prepreči z ustrežno 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 (64, 65).

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

Pomembna je obravnava poporodne depresije in anksioznosti. Potrebno je izobraževanje o simptomih in znakih, da jih lahko pravočasno prepoznajo in poiščejo ustrezno pomoč.

Predpisovanje antidepresivov in atipičnih antipsihotikov v nosečnosti in času dojenja je treba skrbno načrtovati in upoštevati ustrezne smernice.

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, kliničnega psihologa, pediatra, psihoterapevta 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 mase v nosečnosti je mogoče preprečiti številne zaplete. Pomembno je, da se motnje hranjenja prepoznajo, saj jih zaradi sramu in strahu pred stigmatizacijo ženske pogosto zamolčijo. Pomisliti je treba na MH in spraševati usmerjeno ter po potrebi žensko napotiti k ustreznem specialistu.

Literatura

1. Tomori M. Družina in duševno zdravje otrok. Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. 1999; 150-155.
2. Goldner V. Power and hierarchy: Let's talk about it! Fam Proc. 1993; (32): 157-162.
3. Strober MB. Anorexia nervosa: History and psychological concepts. In: Brownell KD, ed. Handbook of eating disorders. New York: Basic Books; 1986. p. 231-246.
4. Eivors A, Nesbitt S. Lačni razumevanja. Maribor: Založba Obzorja; 2007.
5. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. In: Int J Eat Disord; 2016. p. 260-275.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 izdaja). Washington, DC. 2013
7. Sernec K. Motnje hranjenja: zbornik. Ljubljana: Psihiatrična klinika. 2012.
8. Griffiths S, Mond JM, Murray SB, Touyz S. Positive beliefs about anorexia nervosa and muscle dysmorphia are associated with eating disorder symptomatology. Aust N Z J Psychiatry. 2015; 49(9): 812-20.
9. Cheng, ZH, Perko VL, Fuller-Marashi, L, Gau, JM, Stice E. Ethnic differences in eating disorder prevalence, risk factors, and predictive effects of risk factors among young women. Eating Behaviors, 2019; 32: 23-30.
10. Culbert KM, Sisk CL, Klump KL. A narrative review of sex differences in eating disorders: is there a biological basis? Clinical Therapeutics. 2021; 43(1): 95-111.
11. Sucić B, Crişan, CA. Feeding and Eating Disorders. Washington: APA; 2020.
12. Culbert KM, Sisk CL, Klump KL. A narrative review of sex differences in eating disorders: is there a biological basis? Clinical Therapeutics. 2020; 43(1): 95-111.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 izdaja). Washington, DC. 2013
14. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
15. Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines, (12 izdaja). London: CRC Press. 2009.
16. 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: 408-416.
17. 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 Gynaec 2011. 118:1491-1498.
18. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. Obstet Gynecol 2010; 116:1136-1140.
19. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: Retrospective controlled study. Psychosomatic Med 2006; 68:487-492.

20. 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; 29:542–549.
21. 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; 48:1223–1233.
22. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborrelli 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.
23. 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; 43:1723–1734.
24. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *Int J Eat Disord* 2008; 41:277–279.
25. 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; 37:1109–1118.
26. 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; 27:140–149.
27. 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.
28. Madsen IR, Horder K, Stoving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: Five cases and brief clinical review. *J Psychosomatic Obstet Gynaecol* 2009; 30:122–126.
29. Koubaa S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005; 105:255–260.
30. 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: 220–223.
31. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello 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: 387–393.
32. 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: 310–325.
33. 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.
34. 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– 368.
35. 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.
36. 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; 119:1493–1502.

37. 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
38. 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; 44:428–434.
39. 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.
40. 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.
41. Council IoMaNR. Leveraging Action to Support Dissemination of Pregnancy Weight Gain Guidelines. 2013. Washington, DC: The National Academies Press.
42. 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; 108:2093–2099.
43. 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; 87:1346–1355.
44. ACOG Committee. Moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116(1):467–468.
45. 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; 41:722–727.
46. 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; 60:130–135.
47. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:611–617.
48. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:206–210.
49. 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.
50. 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; 158:1461–1466.
51. 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; 17:1523–1528.
52. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry J Mental Sci* 2007; 190:255–259.
53. 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; 113:925–929.

54. 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; 11:116–124.
55. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999; 25:123–133.
56. 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; 131:150–157.
57. Mazzeo SE, Slop-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; 39:202–211.
58. 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; 20:863–870.
59. 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; 47:426–430.
60. 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; 62:264–270.
61. Stewart DE. Reproductive functions in eating disorders. *Ann Med* 1992;24:287–91.
62. 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.
63. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998;44:465–77.
64. Swann RA, Von Holle A, Torgersen L, Gendall K, Reichborn-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.
65. Chizawsky LL, Newton MS. Eating disorders: Identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines* 2006; 10:482–8

Bipolarna motnja v obporodnem obdobju

Avtorica: Petra Jelenko Roth

Uvod

Bipolarna motnja razpoloženja (BM) je kronična težja duševna motnja s prevalenco okoli 1 % splošne populacije. V zadnjih dveh desetletjih prevalenca narašča zaradi staranja prebivalstva. Pri večini se začne v pozni adolescenci ali zgodnji odrasli dobi, in sicer pri povprečni starosti okoli 20 let. BM z zgodnjim začetkom ima praviloma težji potek. Kljub temu, da je relativno redka, pa zaradi zgodnjega začetka, težkega in kroničnega poteka pogosto vodi v invalidnost. V letu 2013 je v svetovnem merilu predstavljala 0,4 % vseh let življenja, izgubljenih zaradi invalidnosti (DALY). Ob izmenjevanju epizod privzdignjenega in znižanega razpoloženja različnih amplitud sta poleg čustvovanja in energetske opremljenosti motena tudi kognicija in nemalokrat stik z resničnostjo (1,2).

Manične in depresivne faze so lahko zelo hude in nevarne tako za osebo, ki jih doživlja, kot za druge. V obdobjih med epizodami bolezni je možna funkcionalna ali celo popolna remisija, vendar so pogostejši trdovratni in klinično pomembni podprazni rezidualni simptomi, predvsem po drugi in naslednjih epizodah (3). Stopnja samomora je pri BM največja med vsemi razpoloženskimi motnjami in je približno za 20-krat večja kot v splošni populaciji (4).

Od prve depresivne epizode do postavitve diagnoze BM običajno preteče 9 let, od prve manične epizode do diagnoze 5 let (5). Posledica so pogosti relapsi, neodzivnost na zdravljenje in rezidualni simptomi (6). Bolezen ne vpliva na plodnost, lahko pa jo zmanjšajo nekatera zdravila (7). Žensko spremlja skozi večino rodnega obdobja, reproduktivni življenjski dogodki, predvsem porod, pomembno vplivajo na njen potek. BM pri materi oziroma skrbniku otroka pomembno vpliva na kapaciteto za navezovalni odnos. Z ustrezno obravnavo ženske z BM v reproduktivnem obdobju lahko pripomoremo k izboljšanju razmer za duševni in telesni razvoj njenih otrok.

Posebnosti bipolarnе motnje pri ženskah

V zadnjem desetletju ugotavljajo nekoliko višjo prevalenco pri ženskah. Prva epizoda je večinoma depresivna, nekoliko pogostejše so BM tipa II, bipolarna depresija, mešane epizode in hitrokrožna oblika (štiri ali več epizod manije ali depresije v enem letu) (8, 9, 10).

Ženskam v primerjavi z moškimi postavijo diagnozo pozneje (7), imajo večje tveganje za zlorabo alkohola, bolezni ščitnice, anksiozne motnje, debelost

zaradi zdravil, motnje hranjenja in migrenske glavobole (9). V primerjavi s splošno populacijo jih več kadi, ima prekomerno telesno težo in več jih zlorablja psihoaktivne snovi (11).

Prva epizoda se pri večini pojavi pred 30. letom starosti, bolezen poteka v rodnem obdobju, nosečnost in čas po porodu sta obdobji velikega tveganja za relaps ali poslabšanje (12,13), še posebno, če so bili v 2 letih pred nosečnostjo prisotni pozitivni simptomi, dezorganiziranost in simptomi manije (14).

Potek bipolarne motnje v nosečnosti

Pri težjem poteku BM je nosečnost tvegano obdobje za relaps bolezni, tveganje se dodatno poveča ob komorbidnih motnjah in prekinitvi zdravljenja. Relapsi zaradi prekinitve zdravljenja v nosečnosti so predvsem depresivne in mešane epizode. Tveganje za relaps v nosečnosti je ob prekinitvi zdravljenja v primerjavi z nadaljevanjem približno za 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 (15). Prekinitve zdravljenja z litijem vodi v relaps v enaki meri pri nosečnicah in tistih, ki niso noseče. Po hitri (14 dni) ukinitvi zdravljenja je relapsov dvakrat več kot po postopni (15 do 30 dni) (16).

Pri BM z blažjim potekom naj bi imela nosečnost nevtralen (15) ali celo pozitiven učinek na potek bolezni (17). Manični simptomi se v nosečnosti redko pojavijo prvič (18).

Porod in tveganje za epizodo bipolarne motnje

Največje tveganje za epizodo BM, prvo ali relaps, je v prvih 4 tednih po porodu. Relaps doživi 50–70 % bolnic, predvsem tiste, ki med nosečnostjo niso prejemale zdravil (20). Še pogostejše so ob družinski anamnezi poporodne psihoze in epizode po prejšnjem porodu (21). Poporodne epizode so skoraj trikrat pogostejše kot sicer (70 proti 24 %) in v prvih 30 dneh po porodu je tveganje za hospitalizacijo za 23-krat večje kot izven poporodnega obdobja. (22). Ženske z BM I imajo šestkrat večje tveganje za epizodo po porodu kot v nosečnosti, zato takoj po porodu začnemo s preventivnimi ukrepi (23). Njihove poporodne epizode so praviloma manične in mešane, s psihotičnimi simptomi (24). Tveganje za epizodo po abortusu in spontanem splavu je precej manjše, a še vedno pomembno

(23). Ob tem je zanimiva ugotovitev danske populacijske študije, da je epizoda katerekoli psihiatrične motnje v zgodnjem poporodnem obdobju lahko pokazatelj bipolarnosti (25).

Preprečevanje poporodnega relapsa

Pri nobeni drugi psihiatrični motnji ni mogoče tako natančno določiti začetka bolezni kot pri poporodni epizodi BM. Na to se lahko pravočasno pripravimo. V nosečnosti in po porodu uvedemo preprečevalno zdravljenje, prilagojeno predominantni polarnosti poteka bolezni (2), kar zmanjša število relapsov tako v nosečnosti (23 proti 65 %) kot tudi v poporodnem obdobju (29 proti 66 %) (26).

Poleg preprečevalnega zdravljenja potrebuje nosečnica tudi porodni načrt z izbiro načina poroda ter dogovorjeni algoritem ukrepanja ob prvih simptomih relapsa. Po porodu je potreben natančen pregled novorojenčka, ki je bil izpostavljen zdravlilom v maternici ter izbrati ustrezen način hranjenja (več spodaj). Porodnica potrebuje pomoč pri zagotavljanju zadostne količine spanca, vzdrževanju stabilnega ritma aktivnosti, budnosti in spanja, 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 pozneje otroka, še posebno ob poslabšanju bolezni. Najbolj pereče teme so tveganje za samomor, zloraba psihoaktivnih snovi in težave v navezovalnem odnosu z otrokom (27). 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 (28).

V eni od redkih raziskav odnosa mama–otrok pri ženskah z BM so 6 mesecev po porodu raziskovali čustveno razpoložljivost obeh. Pri materah z BM so ocenjevali senzitivnost, strukturiranje, neintruzivnost in nesovražnost, pri njihovih otrocih pa odzivnost in vključenost ter ugotovili, da so zmanjšani pri obeh. Najbolj zaskrbljujoča je bila intruzivnost mater (29).

V razvoju otrok mater z BM so ugotavljali povečane stopnje razpoloženjskih, anksioznih in vedenjskih motenj, več motenj spomina in pozornosti ter slabše

socialno funkcioniranje kot pri otrocih mater brez BM (30). Dednost BM je najvišja med duševnimi motnjami in je preplet genetskih in okoljskih dejavnikov. Ocenjujejo jo na okoli 85 % (2).

Pri nosečnicah z BM so pogoste nepravilnosti placente in krvavitve, pri tistih s komorbidnimi motnjami še toksični učinki alkohola, tobaka in prepovedanih drog (31). BM poveča tveganje za prezgodnji porod, carski rez in preveliko težo novorojenčka za gestacijsko starost (32). Druga raziskava ugotavlja, da je BM pri nosečnicah povezana z nizko porodno težo novorojenčka in premajhno velikostjo za gestacijsko starost (33). Tretja skupina raziskav pa kaže, da je posledica tako zdravljenih kot nezdravljenih BM 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 (34).

Tabela 1. Pomembne teme pri obravnavi ženske z BM v obporodnem obdobju.

Pomembno pri obravnavi ženske z BM 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, po potrebi pogostejše;
- 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.

Zdravljenje bipolarne motnje v obporodnem obdobju

Zdravljenje z zdravili

Zdravljenje nosečnic z BM je eden največjih kliničnih izzivov. Ta populacija namreč ni vključena v raziskave o učinkovitosti zdravil, zato ni psihofarmakov, ki bi bili

registrirani za uporabo v nosečnosti. Postavljeni smo pred zahtevne izbire in vsaka je bolj ali manj tvegana.

Zdravljenje BM v nosečnosti je optimalno, ko je ta načrtovana. Vsako bolnico v rodnem obdobju ob začetku zdravljenja seznanimo s pomenom zanesljive kontracepcije in jo spodbujamo, naj 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 (11, 35). Tistim, ki morajo v nosečnosti jemati zdravila, pojasnimo koristi in tveganja njihove uporabe med nosečnostjo in dojenjem.

Postopno ukinitvev 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 bile klinično stabilne 4–6 mesecev. Bolnico poučimo o začetnih simptomih relapsa in jo 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 teče in pride do relapsa, je treba preveriti complianco in morda povišati odmere zdravila. V manični epizodi najprej uvedemo antipsihotik. Pri akutnih epizodah depresije lahko povišamo odmere, če prejema litij, lamotrigin ali kvetiapin. Stabilizatorji razpoloženja imajo prednost pred antidepresivi. Ob hudi in rezistentni depresiji, maniji, psihozi in samomorilni ogroženosti pri nosečnicah priporočajo elektrokonvulzivno terapijo kot varno in učinkovito zdravljenje z enakimi indikacijami kot izven obporodnega obdobja (36,37).

Smernice britanskega Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (angl. *National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*) odsvetujejo predpisovanje valproata in karbamazepina za akutno in dolgotrajno zdravljenje vsem ženskam, ki načrtujejo nosečnost, so noseče ali nameravajo dojeti. Sta teratogena in imata interakcije s številnimi drugimi zdravili. 4 od 10 otrok ima tveganje za razvojne motnje (pozneje shodijo in spregovorijo, imajo nižji IQ za starost, težave pri govoru in mišljenju), 1 od 10 za prirojene malformacije (spina bifida, malformacije obraza in lobanje, okončin, srca, ledvic ipd.). Poleg tega valproat zmanjšuje plodnost in je povezan s porodnimi zapleti. Če je ženska že zanosila, ju postopoma ukinemo in nadomestimo z antipsihotikom. (38). Antipsihotik predpišemo tudi tistim nosečnicam z manijo ali psihozo, ki še nikoli niso prejemale psihofarmakov, čeprav je o njihovem o varnostnem profilu in klinični

učinkovitosti za zdravljenje BM v perinatalnem obdobju še zelo malo znanega (11, 39). Če ženska v nosečnosti jemlje lamotrigin, pogosto prilagajamo odmerke in če le imamo možnost, kontroliramo plazemsko koncentracijo (se ne izvaja rutinsko), ker se metabolizem v nosečnosti zelo spreminja (38).

Ženskam, ki jemljejo psihiatrična 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 (40). Potrebno je najmanj redno ultrazvočno spremljanje razvoja ploda. Ob jemanju antipsihotikov naj se redno spremlja koncentracija glukoze v krvi nosečnice.

Izogibamo se predpisovanju litija ženskam, ki nameravajo imeti otroke, razen v primeru neučinkovitosti antipsihotikov, ob nezadostnem odzivu na povečanje odmerka, kot zamenjavo zdravil ali v hudi maniji. V prvem trimesečju poveča tveganje za prirojene srčne napake ploda. Če ga ženska 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 dobiti in ji je od vseh zdravil najboljše pomagal, ga ukinemo in ponovno uvedemo v drugem trimesečju. Z njim pa naj v nosečnosti nadaljuje, če je tveganje za relaps veliko in predvidevamo, da antipsihotiki ne bodo učinkoviti. Do 36. tedna nosečnosti kontroliramo plazemsko koncentracijo vsake 4 tedne, nato pa enkrat tedensko, in prilagajamo odmerke, tako da je koncentracija v terapevtskem območju. Ženska mora skrbeti za zadosten vnos tekočin. Porod mora potekati v porodnišnici, pred porodom je treba preveriti njegovo koncentracijo zaradi nevarnosti dehidracije in toksičnosti. Med porodom naj ga ne dobi in 12 ur po zadnjem odmerku je treba ponovno preveriti njegovo plazemsko koncentracijo. 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 bila bolezen v nosečnosti dobro urejena, po porodu praviloma nadaljujemo z istimi zdravili.

Poleg prilagoditve zdravljenja ženski pomaga družbena opora, skrb za urejeno spanje in biološke ritme (41). Monoterapija v najnižjem še učinkovitem odmerku je priporočljivejša od kombinacije zdravil.

Elektrokonvulzivna terapija je indicirana in učinkovita (42) ob zelo hudih in na

zdravila rezistentnih simptomih pri bolnicah, ki ne zmorejo skrbeti zase (vstati iz postelje, jesti, piti), so suicidalno ogrožene ali psihotične (43). Če je bolnica predolgo v takem stanju, lahko zaradi slabe skrbi zase in zelo slabega funkcioniranja ogroža plod ali novorojenčka. Priporočajo jo po 3 neuspešnih poskusih zdravljenja z zdravili in takrat, ko so nevarne same sebi (44).

Akutne manične in mešane epizode

Sledimo smernicam zdravljenja, izbiramo zdravila z najmanjšim vplivom na plod in dojenčka. Pri akutni maniji so antipsihotiki učinkovitejši od stabilizatorjev razpoloženja, predvsem haloperidola (45). Njegov reproduktivni varnostni profil je dobro znan, zato se v nosečnosti najpogosteje uporablja. Ob akutni uporabi lahko povzroča ekstrapiramidne neželene učinke, pri dolgotrajni uporabi pa tardivno diskinezijo, pri zdravljenju depresivnih epizod je manj učinkovit.

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 podatki o reproduktivni varnosti. Ima prednost pred ostalimi stabilizatorji razpoloženja in atipičnimi antipsihotiki (manj podatkov o varnosti) in litijem. Lamotrigin naj bi bil učinkovitejši tako pri hudi kot blagi in zmerni depresivni epizodi (46). Zdravila druge izbire so kvetiapin, olanzapin, olanzapin s fluoksetinom (ne v prvem trimesečju, tudi sicer se fluoksetinu raje izognemo zaradi dolge razpolovne dobe), in litij (47, 48). Ostala zdravila, ki so dokazano učinkovita pri akutni bipolarni depresiji, so lurazidon (s stabilizatorjem razpoloženja ali brez, potrebno je spremljanje serumske koncentracije, ki praviloma upade v drugem trimestru nosečnosti) (49, 50, 51), ter lamotrigin v kombinaciji z litijem ali samo litij (52). Valproat je učinkovitejši od placeba (53), vendar ga v nosečnosti ne predpisujemo, ker je teratogen.

Preprečevalno zdravljenje

Največje tveganje za relaps bipolarne motnje je v prvih 4 tednih po porodu. Možnosti so manjše, če je ženska v nosečnosti prejela preprečevalno zdravljenje glede na predominantno polarnost bolezni (19). Pri depresivni predominantni polarnosti je praviloma najučinkovitejši lamotrigin, pogosto je treba dodati še antidepresiv. Pri manični predominantni polarnosti so praviloma najučinkovitejši atipični antipsihotiki (2). Nadaljevanje preprečevalnega zdravljenja po porodu večino bolnic zaščiti pred relapsom (54).

Zdravljenje z zdravili in dojenje

Tveganje za izpostavljenost novorojenčka zdravilom je največje 24–48 ur po porodu, ker so takrat koncentracije zdravil v kolostrumu največje (55). Če je le mogoče, je najbolje dojiti tik pred naslednjim odmerkom zdravila. Tiste, ki prejemajo zdravila s sedativnim učinkom, naj ne spijo skupaj z dojenčkom. Dojenje je kontraindicirano v epizodi manije in psihoze, ker dodatna nočna prebujanja ob že prisotnih motnjah spanja poslabšajo potek bolezni (56). V britanskih smernicah tako predlagajo hranjenje po steklenički, če bi ženska zaradi dojenja še manj spala (57). Odsvetujejo ga ob komorbidnih motnjah, zaradi katerih bi lahko bilo dojenje težje izvedljivo ali bi bila zaradi nespečnosti potrebna sedacija (58), ter porodnicam, ki začnejo na novo jemati lamotrigin ali benzodiazepin. Ob litiju, lamotriginu in klozapinu se dojenje načeloma odsvetuje zaradi relativno visokih koncentracij v mleku in morebitnih toksičnih učinkov na dojenčka. Smernice se v različnih državah glede priporočil o uporabi litija med dojenjem precej razlikujejo. Odsvetujejo ga ob nezrelosti novorojenčka in komorbidnih motnjah matere ali pa priporočajo previden poskus z njim ob spremljanju dojenčka zaradi možnosti hipotonije, letargije in cianoze (59, 60).

Nefarmakološke oblike zdravljenja bipolarnе motnje

So dopolnilo zdravljenju z zdravili. Psihosocialne intervence, psihoterapija in druge vrste terapij zmanjšujejo intenziteto in število stresnih odzivov. Intenzivni psihosocialni stresorji, ki škodljivo vplivajo na potek bolezni in povečajo tveganje za relaps, so predvsem negativni življenjski dogodki, družinska nesoglasja in druge težave v medosebnih odnosih, moten ritem spanja in budnosti ter moteni socialni ritmi (58, 61, 62).

Terapija s svetlo svetlobo je lahko nadomestek za povišanje odmerka zdravil pri rezidualnih depresivnih simptomih pri bolnikih, ki prejemajo antimanično terapijo. Mehanizem delovanja še ni pojasnjen, morda gre za stabilizacijo cirkadianega ritma z modulacijo serotonina (63).

Raziskujejo učinkovitost visokofrekvenčne repetitivne transkranijske magnetne stimulacije, globoke stimulacije možganov, stimulacijo vagusa, ureditev življenjskega sloga in psihoterapije (2). 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 (64).

Zaključek

Psihiatrična obravnava ženske z bipolarno motnjo je zelo zahtevna v njenem celotnem poteku, predvsem pa v obporodnem obdobju. Pomembna je dobra komunikacija med vsemi strokovnimi službami, ki obravnavajo žensko. Obravnava je optimalna, če bilo zdravljenje že od začetka urejeno tako, da bo z manjšimi prilagoditvami varno v tudi v nosečnosti, saj se tako relativno lahko izognemo relapsu. Če je bolnica v obporodnem obdobju v stabilni funkcionalni remisiji, se bo verjetno zmogla dovolj dobro uglasiti s svojim otrokom, kar bo dobra popotnica za njegovo duševno in telesno zdravje.

Literatura

1. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, Erskine, H. E, Degenhardt L, Vos T, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disorders*. 2016;18:440–450. doi: 10.1111/bdi.12423.
2. 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.
3. Belmaker RH. Bipolar disorder (comment). *N Engl J Med* 2004;351(5):476–86
4. 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
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Dell'Osso, B., Cafaro, R. & Ketter, T.A. Has Bipolar Disorder become a predominantly female gender related condition? Analysis of recently published large sample studies. *Int J Bipolar Disord*. 9, 3 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00207-z>
9. Sit D. Women and bipolar disorder across the life span. *J Am Med Womens Assoc*. 2004;59(2): 91–100.

10. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, Walsh AE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord.* 2005 Apr;7(2):119-25. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00180.x. PMID: 15762852.
11. 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.
12. 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
13. 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.
14. Khapre S, Stewart R, Taylor C. An evaluation of symptom domains in the 2 years before pregnancy as predictors of relapse in the perinatal period in women with severe mental illness. *Eur Psychiatry.* 2021 Mar 19;64(1):e26. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.18. PMID: 33736723; PMCID: PMC8082469.
15. 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
16. 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.
17. Sharma V, Pope CJ. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(11):1447-55. doi: 10.4088/JCP.11r07499
18. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefer 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):31-39.
19. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick 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, Oyebo F, Craddock N, Jones I. A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar Disord.* 2009;11:410-17. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00685.x.
21. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry.* 2001;158:913-17.
22. 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.
23. Gilden J, Poels EMP, Lambrichts S, Vreeker A, Boks MPM, Ophoff RA, Kahn RS, et al. Bipolar episodes after reproductive events in women with bipolar I disorder, A study of 919 pregnancies. *J Affect Disord.* 2021 Aug 8;295:72-79. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.006. Epub ahead of print. PMID: 34416620
24. 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

25. 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
26. 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
27. 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
28. Meiser-Stedman C, Curtis V. Management of bipolar affective disorder during pregnancy. *Progress in Neurology and Psychiatry*. 2008; 12(7):5-10. <https://doi.org/10.1002/pnp.89>. Dosegljivo 13.10.2021 na: <https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pnp.89>
29. Aran P, Lewis AJ, Watson SJ, Nguyen T, Galbally M. Emotional availability in women with bipolar disorder and major depression: A longitudinal pregnancy cohort study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021 Mar 16:4867421998796. doi: 10.1177/0004867421998796. Epub ahead of print. PMID: 33726546.
30. 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
31. 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.
32. 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: 10.1136/bmj.e7085
33. 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
34. 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>
35. 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
36. 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>
37. 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
38. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192]. NICE guidance. Dosegljivo 10.10.2021 na: nice.org

39. 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
40. Meiser-Stedman C, Curtis, V. Management of bipolar affective disorder during pregnancy. *Prog Neurol Psychiatry.* 2008;12:5-10. doi:10.1002/pnp.89
41. 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
42. 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
43. Haxton C, Kelly S, Young D, et al. The efficacy of electroconvulsive therapy in a perinatal population: a comparative pilot study. *J ECT.* 2016;32(2):113-5. [PubMed: 26479488].
44. Clark CT, Wisner KL. Treatment of Peripartum Bipolar Disorder. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Sep;45(3):403-417. doi: 10.1016/j.ogc.2018.05.002. PMID: 30092918; PMCID: PMC6548543.
45. 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
46. 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
47. 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
48. 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
49. Montiel C, Newmark RL, Clark CT. Perinatal use of lurasidone for the treatment of bipolar disorder. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2021 Jul 22. doi: 10.1037/pha0000509. Epub ahead of print. PMID: 34291994
50. 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
51. 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.
52. 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.
53. 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

54. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengevel 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
55. 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.
56. Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disord*. 2003;5(2):98-105.
57. 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.
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. 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.
60. 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.
61. Friedman R, Giampaolo J, Vanhaecke L, Jarrett RB. Advancing health through research: A scoping review of and model for adjunctive psychosocial interventions to improve outcomes for perinatal women with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2021 Nov 1;294:586-591. doi: 10.1016/j.jad.2021.07.024. Epub 2021 Jul 18. PMID: 34332359.
62. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry*. 2008;165(7):820-29. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08010098
63. Clark CT, Wisner KL. Treatment of Peripartum Bipolar Disorder. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Sep;45(3):403-417. doi: 10.1016/j.ogc.2018.05.002. PMID: 30092918; PMCID: PMC6548543.
64. 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

Shizofrenija v obporodnem obdobju

Avtorica: 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 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. Bolezen naj bi bila prisotna 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 znana že pred nosečnostjo. Takrat se pogovorimo o načrtih glede nosečnosti in izberemo zdravila, ki jih pred ali med nosečnostjo morda ne bo treba zamenjati. Shizofrenija vpliva na plodnost. Je neodvisni napovednik za slabše izide starševstva, zato potrebujejo matere v poporodnem obdobju in še pozneje 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 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), pozneje 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 ter 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 pozneje v življenju, imajo povprečno število otrok, primerljivo s tistimi 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 treba povprašati o načrtih glede zanositve in kontracepciji ter 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, zaželena 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 vnaprej 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 v relaps (6). Hudo bolne nosečnice pa lahko v svoji psihozi nosečnost zanikajo, še posebno, če so pred tem že izgubile skrbništvo za otroka. To zanikanje lahko privede v zavračanje prenatalne oskrbe, v skrajnih primerih ne prepoznajo začetka poroda in tako ostanejo brez pomoči (12). Nenadna prekinitev zdravljenja v nosečnosti prinaša veliko tveganje za relaps. Tveganje zanj v prvih 3 mesecih po porodu zaradi prekinitve zdravljenja je okoli 25 odstotno. 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 samopoškodnega vedenja kot v letu pred nosečnostjo (13).

Če trenutni antipsihotik močno vpliva na metabolizem, pred načrtovano nosečnostjo zamenjamo terapijo ali previdno znižamo odmerke in tako preprečimo ali vsaj zmanjšamo možnost za dodatne metabolne zaplete. Priporočljivo je že na začetku zdravljenja izbrati antipsihotik s čim manjšim vplivom na metabolizem. Aripiprazol

naj bi imel prednost pred pogosteje uporabljanimi olanzapinom, risperidonom in kvetiapiinom (14).

Zaskrbljujoči so še 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 tistih brez nje najpogosteje zmeren uspeh (15, 16). Nosečnice s psihotičnimi motnjami verjetneje kadijo, 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 trombembolizme (1,7 proti 0,5 %) in gestacijski diabetes (3,9 proti 1,2 %). Porod se pogosteje zaključi 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 5.000 nosečnic z duševnimi motnjami, ki je trajala 10 let, je pokazala, da se nosečnice s shizofrenijo (in depresijo) v najmanjši meri 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 motnjo (19). Samomor matere 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 novorojenčku. Povezana je lahko z najtežjimi izidi za novorojenčka (mrtvorojenost, smrt dojenčka, duševna manjrazvitost). Shizofrenija (enako bipolarna motnja) je neodvisni dejavnik za prirojene malformacije ploda (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%-odstotno (23), za razvoj katerekoli psihiatrične motnje pa 55%-odstotno (24). Pogosti so motorični in kognitivni zaostanki v razvoju (25), motnje čustvovanja v predšolskem obdobju, motnje pozornosti in težave pri socialnem prilagajanju, npr. 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).

Ustrezno starševstvo je temelj za dober socialni, čustveni in vedenjski razvoj otroka. Otrokovo prilagodljivost oblikujejo ustrezen starševski nadzor (disciplina, spremljanje, avtonomija) in 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 vplivajo stabilnost njene družine, ekonomsko-socialni 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 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 resnejša. So manj odzivne in imajo več neobičajnih vedenj zaradi psihološke odmaknjenosti iz interakcij (34). Njihovi dojenčki so bolj »izogibajoči« od drugih. Dejavniki, ki ovirajo njihov odnos, so pozitivni in negativni simptomi, kognitivne motnje, družbeni stres, kot sta 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 treba 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 s tem nadaljevala (37).

Večina najpogostejše 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 naj razumnejša 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 močno povečalo število nosečnic s predpisanim atipičnim antipsihotikom, s 3 na 1.000 nosečnosti v letu 2001 na 8 na 1.000 v letu 2007. Uporabljajo se namreč tako pri nosečnicah s shizofrenijo kot tistih z bipolarno motnjo, unipolarno depresijo in drugimi psihiatričnimi motnjami (40, 41).

Z njihovo uporabo so povezane metabolne motnje nosečnice, 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. Treba pa je skrbno spremljati nosečnice in zmanjševati druge dejavnike 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 placentarno 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 paliperodon palmitat, ki ni imel neželenih učinkov ne na nosečnost, ne na otroka (44). Podatki o varnosti klopazina 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 večjo umrljivost novorojenčkov (46). Pri nosečnicah so pogostejše preeklampsije, slabša rast ploda, prezgodnji porod, nizka porodna teža ter mrtvorojenost in večja umrljivost novorojenčkov. Za boljši dolgoročni izid nosečnosti je pomembno že pred zanositvijo v čim večji meri 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 metabolnih motenj) v najnižjem še učinkovitem odmerku.

Večina žensk je vključenih v sistem prenatalne oskrbe in večina rodi v porodnišnici, zato je to čas 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 Thornicroft, G. The general fertility rate in women with psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:991-99.
10. Dickson RA, Glazer WM. Neuroleptic-induced hyperprolactinemia. *Schizophr Res* 1999;35Suppl: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, Ogden 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 na: www.nice.org.uk
37. Gentile S. Antipsychotic Therapy During Early and Late Pregnancy. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36(3):518-544.
38. Jayashri K, Storch A, Baraniuk A, Gilbert H, Gavriliadis 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

Poporodna psihoza

Avtorica: Tea Terzić

Uvod

Porod predstavlja izrazit stres za organizem. Spremljajo ga 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 ogrožajoča 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 1.000 rojstev v splošni populaciji (2). Pogosteje se pojavi pri ženskah z bipolarno motnjo (260 na 1.000 primerov) ter pri ženskah z bipolarno motnjo in družinsko anamnezo poporodne psihoze (570 na 1.000 primerov) (3).

V MKB-11 (Mednarodni klasifikaciji bolezni 11) je opisana v poglavju duševnih ali vedenjskih motenj, povezanih z nosečnostjo, porodom in puerperijem, kjer so motnje razdeljene na poglavja glede na prisotnost ali odsotnost psihotičnih simptomov. V DSM V (angl. Diagnostic and Statistical Manual V) je opisana med kratkimi psihotičnimi motnjami v sekciji shizofrenskih in drugih psihotičnih motenj, ni pa opredeljena kot samostojna entiteta. Termin poporodna psihoza se uporablja med zdravstvenimi delavci in ženskami samimi (4), je pa nekoliko zavajajoč. Glede na fenomenološke, epidemiološke in terapevtske podatke namreč 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 razpoloženske in psihotične 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 povezavo med pojavom poporodne psihoze in neravnovesjem imunskega sistema (8) ter avtoimunimi boleznimi (9).

Najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj poporodne psihoze je diagnoza bipolarne motnje razpoloženja ali psihotične motnje pri nosečnici ter podatek o poporodni psihozi v preteklosti. Pomemben dejavnik tveganja je tudi družinska anamneza poporodne psihoze ali bipolarne 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 po prvem porodu ter zapletenih porodih (11) in izraziti nespečnosti (12). Večja verjetnost poporodne psihoze med prvorodkami je lahko posledica bioloških in psihosocialnih razlik med prvo nosečnostjo in poznejšimi (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 dnevu po porodu (13). Bolezen se večinoma razvije v prvem mesecu po porodu (14). Vedenje porodnice se dramatično spremeni. Najpogostejši simptomi so iritabilnost (73 %), vsebinske motnje mišljenja (72 %) in anksioznost (71 %), pogosto je manično (34 %) ali depresivno razpoloženje (41 %) ter mešana stanja (15). Pojavijo se lahko nespečnost, nihajoče razpoloženje in obsesivne skrbi glede novorojenčka. Paranoidne, veličavske ali bizarne blodnje, vidne ali slušne halucinacije imajo večinoma negativno vsebino. Klinična slika je lahko podobna deliriju, pojavijo se lahko dezorientiranost, zmedenost, odsotnost prepoznavanja oseb, derealizacije in depersonalizacije. Shizofreni simptomi po Schneiderju so običajno odsotni (16). Vedno moramo previdno povprašati po 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 (17). 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-odstotno tveganje za razvoj bipolarne motnje (18). Zato je pomembno razlikovati med ženskami z dolgotrajno psihotično motnjo in ženskami z akutnim začetkom poporodne psihoze.

Diferencialna diagnoza

Poporodno psihozo je treba razlikovati od drugih duševnih motenj. Bistveno pogosteje od poporodne psihoze se pojavlja poporodna depresija, ki jo opažamo pri približno desetini porodnic. Pri poporodni depresiji se pojavijo simptomi apatije,

brezvoljnosti, razdraženosti, anksioznosti, socialne izolacije in občutki krivde. V polovici primerov se simptomi začnejo že med nosečnostjo in 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 (19). 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 nekaj urah do nekaj dneh brez zdravljenja (več v poglavju o obporodni depresiji).

Diferencialno diagnostično je pomembna tudi obsesivno-kompulzivna motnja, saj se simptomi te 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 tipa 1, bolezni ciklusa sečnine, primarni hipoparatiroidizem in druge infekcijske, avtoimune in metabolne bolezni ter z zdravili inducirano psihozo (20, 21).

Obravnava

Poporodna psihoza je urgentno stanje, ki se obravnava v psihiatrični bolnišnici. Zagotoviti je treba varno okolje za porodnico in dojenčka. V nekaterih državah v tujini imajo posebne oddelke, namenjene zdravljenju mater z dojenčki, kjer se spodbujajo sobivanje, dojenje in ustvarjanje ustrezne navezave ter nudita 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.

- 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 treba 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*
hemogram	osnovna urinska analiza	CT glave
elektroliti	urinski test na droge*	MRI glave
sečnina, kreatinin		
kalcij		
hepatogram		
ščitnični hormoni		
krvni sladkor		
vitamin B1, B12 in folat*		

* Preiskavo opravimo ob ustrezni indikaciji.

Vsako žensko s poporodno psihozo je pomembno vprašati o prisotnosti misli, da bi škodovala sebi ali otroku. Tovrstne blodnjave ideje so v skladu s psihotičnim doživljanjem. Z izgubo realitetne kontrole lahko pride do nevarnih situacij, zato je

treba zagotoviti varno okolje za mater in dojenčka. Dojenje in ohranjanje navezave med materjo in dojenčkom se v varnem in nadzorovanem okolju vzpodbuja. Če sobivanje ni možno, je treba otroka ločiti od matere. Ob tem je zelo pomembno sodelovanje partnerja in družine.

Pomemben del obravnave so 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 (22).

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 (23). 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 ob upoštevanju teratogenega potenciala stabilizatorjev razpoloženja (24). Jemanje litija med nosečnostjo preprečuje pojav relapsa bipolarne motnje in poporodne psihoze, vendar je litij potencialno teratogen in se med nosečnostjo odsvetuje (25, 26). 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 (24, 27). Redno je treba spremljati koncentracije litija v plazmi na 4 tedne, od 36. tedna nosečnosti pa vsak teden. Pred porodom je dobro litij ukiniti.

Pri nosečnicah z anamnezo izolirane poporodne psihoze svetujemo profilakso z antipsihotiki takoj po porodu (24). Za zdravljenje poporodne psihoze se uporabljajo litij, tipični in atipični antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja in pomirjevala (28). Za doseganje akutne pomiritve agitacije se uporabljajo benzodiazepini s kratko razpolovno dobo in brez aktivnih metabolitov, na začetku intramuskularno, pozneje pa peroralno. Intramuskularni lorazepam se lahko uporablja v kombinaciji s haloperidolom za hitro pomiritev.

Če je zdravljenje poporodne psihoze neuspešno, lahko antipsihotiku dodamo litij (29) ali uporabimo možnost elektrokonvulzivne terapije (30, 31). Med zdravljenjem

z litijem je treba meriti njegove koncentracije v plazmi, kontrolirati ščitnično in ledvično funkcijo ter vzdrževati ustrezno hidracijo. Jemanje litija ni kompatibilno z dojenjem.

Nekatere raziskave so podprle zdravljenje poporodne psihoze z estrogenom (32), določeni klinični primeri pa so ugotavljali učinkovitost progesterona (33) in propranolola (34).

Prognoza

Poporodna psihoza se večinoma dobro odzove na zdravljenje, čeprav se v četrtini primerov simptomi lahko nadaljujejo še leto dni po porodu (4). Zelo pomembno je, 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 (35). Približno 70 % žensk ima po poporodni psihozi epizode bipolarne motnje, nevezane na porod in nosečnost (36).

Zaključek

Poporodna psihoza je urgentno stanje, ki zahteva takojšnjo obravnavo in zdravljenje. Zaščititi je treba mater in otroka, ob tem veliko pomeni sodelovanje partnerja in širše družine. Obravnava in zdravljenje poporodne psihoze je izjemnega pomena za ustvarjanje čustvene vezi med materjo in otrokom. Zato je tudi po končani epizodi poporodne psihoze treba redno obiskovati psihiatra in morda omogočiti psihološko pomoč pri navezovanju matere in otroka.

Literatura

1. Murray L, Arteche 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. Familiality 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. Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, Robertson Blackmore E, Bergink V. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disord* 2017; 19(6): 450-7.
16. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry* 2009; 166(4): 405-8.
17. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry* 2009; 166(4): 405-8.
18. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(11): 1284-92.
19. Bergink V, Koorengevel KM. Postpartum depression with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2010; 167(4): 476-7; author reply 477.

20. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(4): 352-68.
21. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(4): 352-68.
22. 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.
23. 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.
24. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengevel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry* 2012; 169(6): 609-15.
25. 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.
26. Austin MP. Puerperal affective psychosis: is there a case for lithium prophylaxis. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 692-4.
27. 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.
28. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry* 2016; 173(12): 1179-88.
29. Silbermann RM, Beenen F, de Jong H. Clinical treatment of post partum delirium with perphenazine and lithium carbonate. *Psychiatr Clin (Basel)* 1975; 8(6): 314-26.
30. Forray A, Ostroff RB. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *J ECT* 2007; 23(3): 188-93.
31. 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.
32. 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.
33. Boyce P, Barriball E. Puerperal psychosis. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13(1): 45-7.
34. Steiner M, Latz A, Blum I, Atsmon A, Wijssenbeek H. Propranolol versus chlorpromazine in the treatment of psychoses associated with childbearing. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1973; 76(6): 421-6.
35. 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.
36. 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 raba alkohola v obporodnem obdobju: kako je zdravstvo lahko v pomoč?

Avtorica: Marijana Vidmar Šimic, Maja Rus Makovec

Uvod

Škodljivost kajenja in rabe 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, v nosečnosti in času dojenja (1–4).

V naši družbi veliko žensk v rodnem obdobju kadi ali/in uživa alkohol, pri tem pa del nosečnosti (pribl. 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 svetujejo presejanje v nosečnosti na kajenje in raba alkohola ter ustrezno nadaljnje ukrepanje (1–4). V prispevku bo zato poudarek tako na z dokazi podprtih informacijah o škodljivosti rabe alkohola in kajenja v obporodnem obdobju kot na priporočilih, kako oblikovati pristop, ki bo vodil v spremembo vedenja.

Kajenje

Razširjenost pojava

V letu 2016 je v Sloveniji kadilo 20,9 % žensk, največ ravno v starostni skupini z največjo rodnostjo (25–39 let) (6). Tobačnemu dimu drugih kadilcev (pasivnemu kajenju) je bilo v Sloveniji v letu 2016 izpostavljenih 18,6 % žensk (6). V Sloveniji malo žensk uporablja elektronske cigarete, le 0,3 % (6). Največji delež žensk, ki kadijo v nosečnosti, je na Irskem (38,4 %), Urugvaju (29,7 %) in Bolgariji (29,4 %) (7). Po metaanalizi je pojavnost kajenja v nosečnosti v Evropi 8,1-odstotna, v Sloveniji 6,7-odstotna (7).

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 nosečnostjo in po njej je vzročno povezano s pojavom sindroma nenadne smrti dojenčka (11). Tveganje za nenadno smrt dojenčka je povečano, tudi kadar je mati nekadilka in je kadilec partner, predvsem če kadi v bivalnih prostorih.

Kajenje v nosečnosti povzroča zmanjšano oksigenacijo ploda preko več mehanizmov. Izpostavitve cigaretnemu dimu akutno zniža pretok preko posteljice, kar je najverjetneje posledica z nikotinom povzročenega 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 tako 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 ter povečan upor v dihalnih poteh (15). Zato tudi nadomestna nikotinska terapija predstavlja tveganje za plod.

V preteklosti je veljalo, da vpliva na nosečnost in novorojenca predvsem kajenje večje količine cigaret na dan. Raziskava iz ZDA, kjer so proučevali vpliv kajenja v nosečnosti na nenadno smrt novorojenca, je pokazala, da vpliva prav vsaka cigareta, ki jo nosečnica pokadi. Ob kajenju ene cigarete na dan v primerjavi z odsotnostjo kajenja se je tveganje za nenadno smrt novorojenca podvojilo. Tveganje za zaplete linearно narašča s številom cigaret (16).

Poleg nikotina je v cigaretnem dimu prisotnih še okoli 4.000 drugih toksinov. Ti lahko povzročajo napake na plodovem genetskem zapisu. Opisana je pogosta delecija ali translokacija regije 11q23. Pojavljajo se tudi zapisi o epigenetskih spremembah pri potomcih kadilcev (17). Prirojene nepravilnosti se pri novorojencih mater, ki v nosečnosti kadijo, pojavljajo enako pogosto kot v splošni populaciji. Se pa nekatere nepravilnosti pogosteje pojavljajo pri otrocih kadilk: zajčja ustnica, gastroshiza, atrezija anusa, srčne napake, anomalije prstov in slabo razvite ali odsotne ledvice (18).

Presejanje

Vse nosečnice je treba vprašati o uporabi tobaka, vključno s cigaretami, tobakom in elektronskimi cigaretami (19). Vprašati je treba: ali je kadarkoli kadila, ali je kadila v času zanositve, ali kadi v času nosečnosti. Treba je vprašati o številu pokajenih cigaret na dan.

Presejanje na kajenje je v pomoč tudi pri identifikaciji žensk s tveganjem za domače nasilje, 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 nosečnostjo in med njo kot ženske, ki niso bile žrtve nasilja (20). Prav tako je presejanje na kajenje lahko v pomoč pri odkrivanju depresivnih motenj, saj je bilo 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 (21). Zaenkrat ni dokazov, da bi bila terapija z nikotinskimi nadomestki učinkovita pomoč pri prenehanju kajenja v nosečnosti (22). Prav tako nikotinska nadomestna terapija zniža le vpliv dodatnih toksinov in ogljikovega monoksida, medtem ko škodljivi 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 druge droge. Glede prenehanja kajenja se za nosečnice zato priporoča svetovanje v vseh stikih prvega reda v zdravstvu in ni treba intervenirati z adiktološke-psihiatrične plati, razen če je kajenje hkratni del neke duševne motnje.

Motivacijske postopke (opisane 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 zmogla omejiti kajenje svojih bližnjih. Ljudem, s katerimi smo povezani v intimnem odnosu, je včasih posebno težko postaviti zahtevo po spremembi navad.

Raba 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 (gestacijske starosti), genetskega vpliva, vzorca pitja (priložnostno prekomerno pitje proti vsakodnevne pitju) in vpliva drugih substanc. Ker vemo, da je alkohol teratogen, torej vpliva na plodovo rast in razvoj skozi vso nosečnost, nacionalna priporočila in zdravniška združenja številnih držav priporočajo popolno abstinenco v nosečnosti (1–4). S tem 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 večja, lahko je višja od koncentracije alkohola v krvi matere in taka tudi dlje ostane. V razvitem svetu je alkohol, ki ga je uživala nosečnica, eden glavnih vzrokov za duševno manjrazvitost otroka (23).

Izpostavljanje alkoholu med nosečnostjo lahko privede do vrste telesnih okvar ter kognitivnih, vedenjskih in čustvenih motenj, poznanih pod skupnim imenom spekter fetalnih alkoholnih motenj (FASD). 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 verjetneje, da imajo težave v šoli in imajo večje tveganje za odvisnost od alkohola in drugih drog (24). 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 rabe 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 (25). 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 (25), 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, pri 10. letih pa kar 60 %. 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 (26). 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: 10 g 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 škodljivejši 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 pozneje v življenju (27).

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 (1 merice) dnevno ali vpliva na prezgodnji porod pri vnosu do 18 g alkohola (1,5 merice) dnevno niso dokazali (28).

Nasprotno od splošnega prepričanja, da pivo spodbuja laktacijo, uživanje alkohola v času dojenja ne povečuje nastajanja mleka. Pravzaprav se ob materinem uživanju alkohola 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 (29).

Razširjenost pojava

V Sloveniji alkohol predstavlja resen zdravstven problem. Po podatkih NIJZ za leto 2016 visoko tvegano pije polovica prebivalcev, starih od 25 do 64 let (6). Delež žensk, ki se visoko tvegano opijejo vsaj enkrat letno, je 36 %; moških 59 %. Kar 10,8 % prebivalcev, starih 24 do 34 let, čezmerno pije alkohol (15,5 % moških in 5,7 % žensk) (6). Zaradi škodljivih učinkov alkohola na zdravje in prometnih nezgod, ki jih povzročijo alkoholizirani vozniki, vsako leto v Sloveniji povprečju umre več kot 900 oseb.

Največji delež žensk, ki v nosečnosti pijejo alkoholne pijače, je na Irskem (60,4 %), v Belorusiji (46,6 %), na Danskem (45,8 %), v Veliki Britaniji (41,3 %) in Rusiji (36,5 %). Po metaanalizi je pojavnost rabe alkohola v nosečnosti v Evropi 25,2-odstotna (95 % CI 21,6–29,6) (30). Pojavnost fetalnega alkoholnega sindroma (FAS) je po ocenah 15 na 10.000 prebivalcev oz. vsako leto se rodi 119.000 otrok s FAS, mnogi med njimi niso diagnosticirani (30).

Največji delež žensk, ki pijejo tvegano v Sloveniji, je v starostni skupini od 25 do 34 let (6,31). To je skupina žensk, ki je najbolj povezana z rodnostjo. Visok odstotek rabe alkohola pred in med nosečnostjo kaže potrebo po izobraževanju vseh žensk v reproduktivnem obdobju o škodljivih učinkih alkohola na plod. Za nosečnico in njeno družinosopomembne informacije o tveganjih rabe 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, popolnoma prenehalo z njegovo rabo v nosečnosti, 7 % je zmanjšalo vnos alkohola in približno 6 % ni zmanjšalo vnosa (32).

Natančni podatki o razširjenosti problematike v Sloveniji niso 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 (FASD), med njimi 4 z diagnozo FAS. Število je gotovo podcenjeno zaradi različnih vzrokov. Po ocenah iz literature naj bi se v Sloveniji letno rodilo okoli 80 otrok s FASD (30). Podobne deleže FASD so predstavili tudi v ameriški raziskavi iz leta 2018, kjer so ocenjevali učence prvih razredov v štirih različnih okoljih, s pomočjo ocene rasti, dismorfnih znakov (velikost, teža, obseg glave, obrazne spremembe, značilne za FAS), nevrološko-vedenjskih vzorcev ter poročanja mater o rabi alkohola v nosečnosti, kjer je opisana pojavnost spektra alkoholnih motenj od 1,1 do 5 % (33).

Preventiva

Javnost naj bi bila seznanjena, da sta presejanje za alkohol in podpora za spremembo pri ženskah z vzorcem tvegane rabe alkohola del rutinske skrbi za žensko zdravje. Do sedaj nimamo zadovoljivih dokazov glede plodove varnosti pri rabi 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 nenosečih 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 lahko poskrbimo za intervence, ki bodo prispevale k dolgoročnim ugodnim izidom tako za mater kot otroka. Med drugim je treba pridobiti podrobno avtoanamnezo glede rabe teh substanc, hkrati se zanimamo za morebitno izkušnjo čustvene ali druge zlorabe, saj to posredno pripomore k odkrivanju. Priporoča se občasno univerzalno presejanje rabe alkohola pri nosečnicah in 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 ustvariti vzdušje zaupnosti in varnosti, zato da bo nosečnica lažje spregovorila o rabi 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, namenjenih 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 treba poudariti pomen prenehanja škodljivega partnerjevega pitja, saj s tem povečamo verjetnost abstiniranja ženske.

Zdravljenje

Pri tveganem in škodljivi rabi 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 (35). 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 negativnim posledicam ali zaradi njih, 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 tvegani rabi alkohola pri nosečnicah. Če ženska med nosečnostjo nadaljuje z rabo alkohola, je treba 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, če bi bile zaradi tega preveč tesnobne.

Pogovor o rabi 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, težavo zanika. Lahko pa nosečnica meni, da je škodljiva raba alkohola njena zasebna zadeva in o tem noče govoriti. Če nosečnice, ki mislijo, da ne zmorejo nehati piti ali da je škodljivo pitje samo njihova zadeva, prepričujemo, naj vendar prenehajo s tem vedenjem, lahko naša prizadevanja zavrnejo zaradi pristopa in dosežemo ravno nasprotno.

Kadar nekdo misli, da se ne more ali se noče spremeniti, prepričevanje in siljenje ne pomagata. V teh primerih lahko ljudje še bolj utrdijo svoj odpor 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, obstaja večja verjetnost za spremembo, če terapevti z ljudmi, ki zelo težko opuščajó svoje škodljivo vedenje, govorijo, ne da bi silili.

MI je strokovni pristop, ki poveča verjetnost za spremembo in ga lahko uporabimo tudi pri nosečnicah, ki na škodljiv način uživajo alkohol in čutijo odpor do pogovora ali zanikajo problematiko. MI upošteva štiri osnovne principe, ki nikakor niso unikatni za to metodo, čeprav so kombinirani in poudarjeni 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 najboljše 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 zavzame položaj odpora ali zanika težave. Vzbudimo upanje, da je sprememba smiselna in možna. Terapevtova empatija je prav posebno 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 rabe 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 boljše poskrbeti zase in otroka glede rabe alkohola?).
- Svetovanje (angl. *advice*); pri škodljivi rabi 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 – adiktološkem 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 sta v naši družbi še vedno prepogosti. Visok odstotek kajenja in rabe alkohola pred in med nosečnostjo kaže potrebo po dodatnem izobraževanju vseh žensk v reproduktivnem obdobju o neželenih učinkih teh dovoljenih psihotropnih snovi na plod.

Prav tako pa je treba 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 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 krepijo zdravje. To pomeni, da je treba najti način, da ob tveganem vedenju ženske v obporodnem 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, zato preneha z uživanjem alkohola in preneha kaditi, nekatere pa tega ne zmorejo, ker so odvisne ali živijo v zelo nesposobnih 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 vzbuja 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 treba 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 [CG201]. Dostopno dne 7. 11. 2021 na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg201>.
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 – reaffirmed november 2021. Dostopno dne 7.11.2021 na: <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2011/08/at-risk-drinking-and-alcohol-dependence-obstetric-and-gynecologic-implications>.
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 4. 11. 2021 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. Vinko M, Kofol Bric T, Korošec A, et al. Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
7. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2018 Jul;6(7):769–776.
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 4.11. 2021 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. Anderson TM, Lavista Ferres JM, Ren SY, et al. Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death. *Pediatrics*. 2019 Apr;143(4):20183325.
17. Lee KW, Pausova Z. Cigarette smoking and DNA methylation. *Front Genet* 2013; 4: 132.
18. Rodriguez D. Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate. *Uptodate*, Oct 2021.
19. Committee on Underserved Women, Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 721: Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2017; 130: e200.
20. Cheng D, Salimi S, Terplan M, Chisolm MS. Intimate partner violence and maternal cigarette smoking before and during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 356.
21. 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.
22. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 12: CD010078.
23. O'Connor MJ, Paley B. Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental Disabilities Research Reviews* 2009; 15(3): 225–34.
24. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorder: An overview. *Neuropsychology Review* 2011; 21(2): 73–80.
25. 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. Dostopno dne 4.11.2021 na: <http://depts.washington.edu/fasdpn/>.
26. Muggli E, Matthews H, Penington A. Association between prenatal alcohol exposure and craniofacial shape of children at 12 months of age. *JAMA Pediatr* 2017.
27. Maier SE, West JR. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 168.
28. 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.
29. Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev*. 2009; 15 (3): 193–9.
30. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Mar;5(3):290–299
31. 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.

32. Kitsantas P, Gaffney KF, Wu H, Kastello 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

Avtorice: 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 pozneje v življenju (2). Učinki in posledice izpostavljenosti PAS so odvisni od vrste in odmerkov, poti vnosa, stopnje izpostavljenosti, pogostosti in trajanja izpostavljenosti (1).

Razširjenost rabe prepovedanih drog je pri ženskah v primerjavi z moškimi manjša, vendar so ženske ranljivejše 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 kot v splošni populaciji, približno tretjina nosečnic je izpostavljenih 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 prepoznavajo 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 6–12 mesecev po porodu, v 3 mesecih po porodu se je recidiv pri abinentkah v nosečnosti pojavil v 58 % za kadilke tobaka, v 51 % za alkohol, 41 % za marihuano in 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 svoje in zdravje ploda). 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 k preprečevanju rabe alkohola in prepovedanih drog med nosečnostjo. Pediatri so o rabi drog pri materi poročali pogostejše 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 najpogostejše 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 izpostavljenost 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 predčasni 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 hkratnih 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 otrok in mladostnikov, 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, predčasnim porodom, nižjo telesno težo ob rojstvu in manjšo velikostjo za gestacijsko starost, razvojnimi in vedenjskimi deficiti otroka, preeklampsijo in gestacijsko hipertenzijo nosečnice (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.

	<i>Kanabis</i>	<i>Stimulansi</i>	<i>Opiati</i>
<i>Izidi nosečnosti</i>			
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	
<i>Učinki na novorojenca/otroka</i>			
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 sprostijo 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 je kompleksen biološki fenomen in se odraža kot skupek simptomov in znakov zaradi prizadetosti več sistemov: centralnega živčnega sistema, gastrointestinalnega, metabolnega, respiratornega sistema in avtonomnega živčevja (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 zdravljen 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 bolnišnično 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 neotolažljiv 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 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 ali več točkami, potrebuje zdravljenje z zdravili (6, 13). Poleg klinične ocene je treba opraviti toksikološko analizo na prisotnost drog in/ali metabolitov pri novorojencu (urin, mekonij) (6, 11).

Podporna zdravstvena oskrba (nefarmakološko zdravljenje) predstavlja prvi terapevtski pristop. Če to 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).

Zdravljenje z zdravili 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 zaželen 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, če so na voljo programi zdravljenja z agonisti opioidov (11).

Zdravljenje z antagonisti 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 je pri zasvojenosti z neopioidi 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 (negativne toksikološke analize zadnjih 90 dni, ustrezna

perinatalna oskrba, podpora svojcev) in ni kontraindicirano, razen če je mati okužena z virusom HIV, virusom hepatitisa C, jemlje prepovedane droge in/ali hkrati 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 zdravljenju z zdravili pri novorojenčku, če pa je potrebno, 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 zdravljenju z zdravili (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 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 sledijo 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 zdravnika (družinskega zdravnika, ginekologa, porodničarja idr.). Ob pozitivnem rezultatu presejanja (tveganja) se priporoča redno kontrolno spremljanje 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.

<i>Instrument/vprašalnik</i>	<i>PAS</i>	<i>Kaj presejamo</i>
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. <i>Substance use risk profile - pregnancy</i>	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 zanje, 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 in izboljšanje življenjskega sloga (21–25).

Ugotovitvam presejalnega pregleda sledi ukrepanje – kratke intervencije ter 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 1–2 srečanja, ki lahko trajajo 10–20 minut. Cilj kratkega svetovanja je dvigniti raven osveščenosti o tveganjih,

povezanih z rabo PAS, in premik pri posamezniku na polje povezave med rabo PAS in tveganjem glede posledic, zaradi česar se pozneje 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

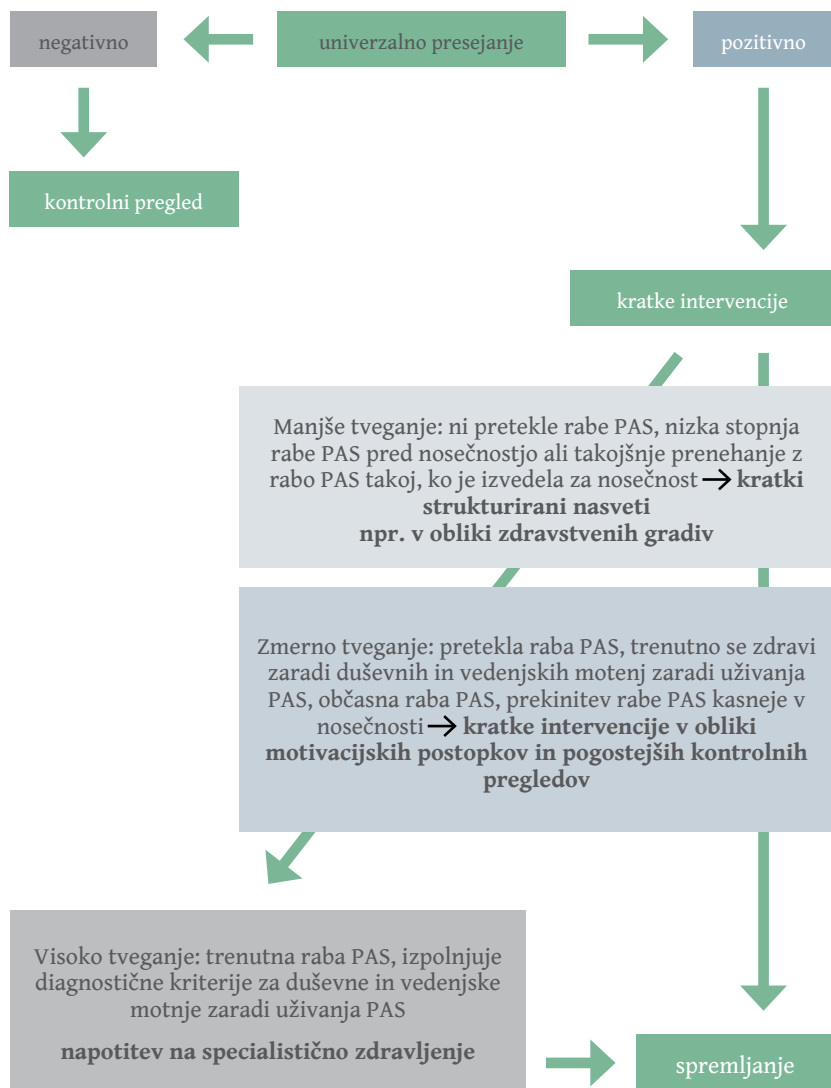
Je skupek postopkov, ki jih uporabljamo za pomoč bolnikom pri dostopanju in prejemanju ustreznega specialističnega zdravljenja (zdravljenje SOH) (21).

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.

<i>Postopek</i>	<i>Cilj</i>	<i>Pristop</i>
<i>Presejanje</i>	ocena rabe PAS ocena tveganja (resnost stanja)	Instrumenti za presejanje: - izpolnjevanje validiranih vprašalnikov (izpolnjuje preiskovanka sama, intervju ...), - biološki markerji: toksikološka analiza prisotnosti PAS, psihotropnih snovi in/ali metabolitov (testiranje urina, krvi, sline, las);
<i>Kratke intervencije</i>	zmanjšanje rabe PAS vzpostavitev abstinence	- kratka strukturirana svetovanja (1–5, odvisno od okoliščin, - do 15 min), - uporaba motivacijskih postopkov.
<i>Napotitev na specialistično zdravljenje</i>	vzpostavitev in vzdrževanje abstinence	Standardizirani, varni 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 postopke 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); poglavitna cilja zdravljenja sta ustrezen odziv na zdravlilo in doseganje remisije (25, 26). Agonisti opioidov so zdravila prvega izbora, saj so se v večini raziskav in metaanaliz izkazali za učinkovita (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). Med zdravljenjem 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 abstinence zmanjša tveganje za nosečnico in plod. Zato so 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 treba 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 preventivnega pregleda in 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 interventions. *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'eroine in gravidanza. V: Maremmani I, Canoni 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

Avtorica: Danila Hriberšek

Uvod

Nosečnost na splošno dojemamo kot obdobje sreče. Za vsako nosečnico je to obdobje hormonskih nihanj in številnih telesnih in čustvenih sprememb. 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 petdesetih 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 v 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 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 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 zdravljenja z zdravili mnogokrat predstavlja večje tveganje, predvsem 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 treba skrbno tehtati med tveganjem in koristjo zdravljenja z zdravili, 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 razvojem depresije (2). Danes vemo, da so ženske, ki so se že srečale z duševno motnjo, ranljivejše 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-odstotno 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 v 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 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. Temelji 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 kategorizacijo 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 kot eno učinkovino, velja kategorija učinkovine z največjim tveganjem (5, 6).

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

<i>Skupina</i>	<i>Opredelitev</i>
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 za 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 za 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 razvoj. Zdravilo povzroča razvojne nepravilnosti pri dveh živalskih vrstah v odmerku, manjšem od 10-kratnega odmerka za 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 za 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.

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 izkušnjah 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 treba upoštevati tveganje, kadar je zdravljenje z zdravilom nujno potrebno.

¹ PZL – podatki za ljudi.

Antidepresivi

Ženske, ki prekinejo učinkovito zdravljenje 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 povezavo med jemanjem antidepresivov v nosečnosti in pojavnostjo težav v delovanju srca. Rezultati druge kažejo povezavo med jemanjem paroksetina in fluoksetina ter 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 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 priročnikom *Drugs in Pregnancy and Lactation* (Briggs et al.).

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

Antidepresiv	Nosečnost		
	Lexicomp¹ / SmPC²	eTG³	Briggs et al.⁴
agomelatin	Proizvajalec zaradi pomanjkanja podatkov odsvetuje uporabo zdravila v nosečnosti.	B1	Ni podatka.
amitriptilin	C	C	PZL ⁵ kažejo nizko tveganje.
bupropion	C	B2	PZL kažejo nizko tveganje.
citalopram	C	C	PZL kažejo povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
duloksetin	C	B3	PZL kažejo povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
escitalopram	C	C	PZL kažejo povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
fluoksetin	C	C	PZL kažejo 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 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
<i>sertralini</i>	C	C	PZL kažejo povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
<i>tianeptin</i>	Ni podatka. / Proizvajalec zaradi pomanjkljivih podatkov ne priporoča za uporabe zdravila v nosečnosti.	Ni podatka.	Ni podatka.
<i>trazodon</i>	C	Ni podatka.	Malo PZL. Podatki o živalih kažejo nizko tveganje.
<i>venlafaksin</i>	C	B2	PZL kažejo povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
<i>vortiooksetin</i>	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 monoaminoooksidaze (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 sertralini še vedno zdravilo prvega izbora, tudi ko želi mati otroka dojeti. 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
<i>moklobemid</i> <i>paroksetin</i>	tveganje	Nekoliko je povečana verjetnost za spontani splav;	SSRI so najpogostejše uporabljani AD v nosečnosti;
<i>agomelatin</i> <i>venlafaksin</i> <i>vortiooksetin</i>	zmerno tveganje	nekoliko je povečana verjetnost za	
<i>amitriptilin</i> <i>bupropion</i> <i>citalopram</i> <i>duloksetin</i> <i>escitalopram</i> <i>fluoksetin</i> <i>maprotilin</i> <i>mianserin</i> <i>mirtazapin</i> <i>reboksetin</i> <i>sertralín</i> <i>trazodon</i>	nizko tveganje	prezgodnji porod in nizko porodno težo; - nekoliko je povečana verjetnost za napake na srcu (paroksetin); - nasprotujoči si dokazi za nekoliko povečano verjetnost za perzistentno pulmonalno hipertenzijo.	

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 antipsihotikov na otrokov razvoj ni, vendar načeloma velja, da teh zdravil ne uvrščamo med teratogena. Za večino bolnic z diagnozo shizofrenije, ki se s psihofarmaki zdravijo pred zanositvijo, velja, naj terapije po zanositvi ne prekinjajo. V nosečnosti je zaželen 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 klopazin, 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 plodu. Med atipičnimi antipsihotiki sta med nosečnostjo najpogostejše 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 hkratno jemanje folne kisline (1).

V tabeli 6 so navedeni antipsihotiki, ki jih najpogostejše 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		
	<i>Lexicomp</i> ¹	<i>eTG</i> ²	<i>Briggs et al.</i> ³
<i>amisulprid</i>	Uporaba zdravila v zadnjem trimesečju nosečnosti lahko pri otroku povzroči ekstrapiramidne učinke in/ali odtegnitvene simptome ob porodu.	C	Ni podatka.
<i>aripiprazol</i>	C	C	Malo PZL ⁵ . Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo tveganje.
<i>asenapin</i>	C	C	Malo PZL. Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo tveganje.
<i>breksipiprazol</i>	Uporaba zdravila v zadnjem trimesečju nosečnosti lahko pri otroku povzroči ekstrapiramidne učinke in/ali odtegnitvene simptome ob porodu.	C	Malo PZL. Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo tveganje.
<i>flufenazin</i>	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.

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

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹	eTG ²	Briggs et al. ³
zoklopentiksol	Ob uporabi zdravila v tretjem trimesečju nosečnosti so opazili neželene učinke in odtegnitvene simptome pri novorojenčku ob porodu.	C	Ni podatka

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, iz zbirke podatkov Lexicomp 2021.

⁴ PZL – podatki za ljudi.

Oceno tveganj in priporočila o uporabi antipsihotikov v nosečnosti, potencialne zaplete in opombe podaja tabela 7.

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

Antidepresiv	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
amisulprid aripiprazol brekspiprazol asenapin flufenazin flupentiksol kariprazin levomepromazin sulpirid ziprazidon zukupentiksol	tveganje	• 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).	• 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; • 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 uvajanja depo oblik v nosečnosti ne priporočamo.
lurasidon klozapin kvetiapin olanzapin haloperidol risperidon paliperidon	zmerno tveganje		

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 posebno 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 nevrnalne 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 treba odmerke prilagajati. Če nosečnica prejema lamotigin, v smernicah priporočajo pogostejše in natančnejše ultrazvočne preglede, še posebno, kadar ga prejema več kot 200 mg dnevno. Tudi tukaj priporočajo sočasno jemanje 5 mg folne kisline dnevno (11).

V tabeli 8 so navedeni 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 pri uporabi ter opombe in priporočila za uporabo zdravil v nosečnosti.

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

Zdravilo	Nosečnost		
	<i>Lexicomp</i> ¹	<i>eTG</i> ²	<i>Briggs et al.</i> ³
litij	D	D	PZL ⁴ kažejo tveganje.
natrijev valproat	X (preprečevanje migrenskih napadov) / D (druge indikacije)	D	PZL kažejo tveganje.
lamotigin	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, iz zbirke podatkov *Lexicomp* 2021.

⁴ PZL – podatki za ljudi.

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

Antidepresiv	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
<i>natrijev valproat</i>	tveganje	• 10-odstotna verjetnost za napake pri zapiranju nevralne cevi, hipospadijo, zmanjšan volumen možganov, napake na srcu, • avtizem.	• 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.
<i>karbamazepin</i>	tveganje	• Povečana verjetnost za napake pri zapiranju nevralne cevi, hipospadijo, hernijo diafragme; • nekoliko povečana verjetnost za hemoragično bolezen novorojenčka.	• Karbamazepin je zdravilo, ki po podatkih iz literature povečuje tveganje za pojav razvojnih nepravilnosti, zato uporaba zdravila v nosečnosti ni priporočljiva. • 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.

Antidepresiv	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
<i>litij</i>	tveganje	• nekoliko večja verjetnost za pojav Ebsteinove anomalije (1/1000)	• 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 treba skrbno spremljati in prilagajati odmerke.
<i>lamotrigin</i>	zmerno tveganje	• nekoliko povečana verjetnost zajčje ustnice (omenjeno v eni raziskavi)	• 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 treba odmerke ponovno prilagoditi.

Anksiolitiki in hipnotiki

Pri zdravljenju anksioznosti v nosečnosti so izbrana zdravila 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 treba benzodiazepinom izogibati. Britanski *Teratology Information Service* priporoča uporabo sedirajočega antihistaminika ali nizkega odmerka benzodiazepina za čim krajši čas (1).

V tabeli 10 so zbrani najpogostejše uporabljani anksiolitiki in hipnotiki v Sloveniji. Podana je 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		
	<i>Lexicomp</i> ¹ / <i>SmPC</i> ²	<i>eTG</i> ³	<i>Briggs et al.</i> ⁴
<i>alprazolam</i>	D	C	PZL ⁵ in raziskave na živalih kažejo tveganje.
<i>bromazepam</i>	Opazili so povečano število razvojnih napak pri plodu ob uporabi zdravila v prvem trimesečju.	C	PZL in raziskave na živalih kažejo tveganje.
<i>diazepam</i>	D	C	PZL kažejo tveganje v prvem in tretjem trimesečju.
<i>flurazepam</i>	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.

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴
klobazam	Če se nosečnica zdravi z zdravilom zaradi epilepsije, naj prejema najnižji še učinkovit odmerek.	C	Ni podatka.
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 med nosečnostjo ni dovoljeno uporabljati, 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.
zolpidem	C	B3	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
<i>alprazolam</i> <i>bromazepam</i> <i>diazepam</i> <i>flurazepam</i> <i>klobazam</i> <i>klometiazol</i> <i>medazepam</i> <i>oksazepam</i> <i>midazolam</i>	tveganje	• Zajčja ustnica; • apnea, nizke vrednosti na Apgarjevi lestvici, hipotonija, slabši sesalni refleksi.	• Benzodiazepinov ne predpisujemo v nosečnosti, razen kadar je nujno potrebno za kratkotrajno zdravljenje anksioznosti in nemira.
<i>lorazepam</i> <i>zolpidem</i>	zmerno tveganje nizko tveganje (ob kratkotrajni uporabi in nizkih odmerkih)	• 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 prekinitev 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, 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.

Pozneje mlečne žleze pod vplivom prolaktina nabreknejo, prehajanje snovi na tak 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 v višjo vrednostjo pH 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 bolj kompatibilna. 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

Obširni ameriški priročnik *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 eliminira iz maternega telesa.
Ni (premalo) PZL¹. 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 mater 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 podajajo 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 in dojenje

Najpogosteje predpisani antidepresivi po porodu so tisti iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI). Vsi antidepresivi deloma prehajajo v materino mleko. Če 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 sertralin in paroksetin (12, 27).

Primerjavo primernosti uporabe antidepresiva v času laktacije med bazama podatkov o zdravilih *Lexicomp online*, smernicami zdravljenja *eTg* in priročnikom *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				
	<i>Lexicomp</i> ¹ / <i>SmPC</i> ²	<i>eTG</i> ³	<i>Briggs et al.</i> ⁴	<i>T_{max}</i> ⁵ (h)	<i>VPB</i> 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

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
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
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
tianeptin	Ni podatka. / Zdravilo se izloča v mleko. Proizvajalec dojenja ne priporoča.	Ni podatka.	Ni podatka.	Ni podatka.	94

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
trazodon	Učinkovina prehaja v mleko. Potrebni sta 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 sta 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, v zbirki podatkov Lexicomp 2021.

⁵ T_{max}, 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	- Bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi dojenja ob sočasnem zdravljenju z zdravili; - 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.
amitriptilin bupropion citalopram escitalopram duloksetin fluoksetin mirtazapin moklobemid reboksetin trazodon venlafaksin	zmerno tveganje	
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. Če je potrebno, se v tem času lahko uporabljajo tudi haloperidol, risperidon in zuklopentiksol. Odsvetovali pa so uporabo aripiprazola, asenapina, klopazina, flufenazina, flupentiksola, iloperidona, lurasidona, 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 zdravljenja z zdravili *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				
	<i>SmPC</i> ¹	<i>eTG</i> ²	<i>Briggs et al.</i> 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 PZL7. 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
breksiprazol	Zaradi pomanjkljivih podatkov o prehajanju učinkovine v mleko proizvajalec dojenje odsvetuje.	Ni podatka.	Malo PZL7. Potencialno toksično.	4	≥99
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 (%)
<i>flupentiksol</i>	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
<i>haloperidol</i>	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 2–6	88–92
<i>kariprazin</i>	Zaradi pomanjkljivih podatkov o prehajanju učinkovine v mleko proizvajalec dojenje odsvetuje.	Ni podatka.	Malo PZL. Potencialno toksično.	3–6	91–97
<i>klozapin</i>	Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Izogibanje.	Malo PZL. Potencialno toksično.	1–6	97
<i>kvetiapin</i>	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Kompatibilno.	Malo PZL. Potencialno toksično.	1,5	83
<i>komepro-mazin</i>	Proizvajalec dojenje odsvetuje zaradi pomanjkanja podatkov.	Ni podatka.	Ni podatka.	1–3	Ni podatka
<i>lurasidon</i>	Ni znano, če se lurasidon ali njegovi presnovki izločajo v materino mleko. Doječe matere se z lurasidonom lahko zdravijo, le če možna korist zdravljenja odtehta možno tveganje za dojenega otroka.	Ni podatka.	Malo PZL. Potencialno toksično.	1–3	99
<i>olanzapin</i>	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 6	93
<i>paliperidon</i>	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 24	74
<i>risperidon</i>	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Hitri metabolizatorji: 17	70–94
<i>suliprid</i>	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Ni podatka.	Ni podatka.	3–6	40

Zdravilo	Dojenje				
	SmPC ¹	eTG ²	Briggs et al. ³	T _{max} ⁴ (h)	VPB ⁵ (%)
ziprazidon	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 6–8	>99
zuklopenti-ksol	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, v zbirki podatkov Lexicomp 2021.

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 C_{max}, najvišja plazemska koncentracija učinkovine.

⁷ PZL – podatki za ljudi.

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

Antipsihotik	Ocena tveganja	Priporočila
asenapin kariprazin klozapin levomepromazin lurasidon sulpirid ziprazidon	nekompatibilno ali premalo podatkov	- Dojenje odsvetujemo, če bolnica jemlje klozapin, več zdravil hkrati ali visoke odmerke zdravila, - bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi

Antipsihotik	Ocena tveganja	Priporočila
amisulprid aripiprazol breksipiprazol flufenazin flupentuksol haloperidol kvetiapin olanzapin paliperidon risperidon zukupentiksol	zmerno tveganje	• Dojenje odsvetujemo, če bolnica jemlje klopazin, več zdravil hkrati ali visoke odmerke zdravila, • bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi

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 zdravilih. Dostopni podatki so omejeni na nekontrolirane klinične raziskave in 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 zdravilih 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. Treba je spremljati plazemske koncentracije učinkovine pri otroku.	Ni (premalo) PZL ⁶ . Potencialno toksično.	0,5–3 Oblika s podaljšanim sproščanjem: 2–6	0
natrijev valproat	Učinkovina prehaja v mleko. Svetujejo previdnost.	Kompatibilno.	Ni (premalo) PZL. Potencialno toksično.	Oblika Chrono: 4–17 kapljice: 2–4	80–90
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
<i>litij</i> <i>natrijev valproat</i>	tveganje	Dojenje odsvetujemo.
<i>lamotrigin</i> <i>karbamazepin</i>	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 sta dodana 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 mleko dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	Premalo PZL ⁷ . Potencialno toksično.	1–2	80
bromazepam	Dojenja ne priporočajo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	<2	70
diazepam	Zaradi prehajanja v mleko dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	0,25–2,5	98
flurazepam	Ni podatkov o prehajanju učinkovine v mleko.	Ni podatka.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	flurazepam: 0,5–1 metabolit: 10	
klobazam	Dojenje zaradi prehajanja v mleko odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	Ni podatka.	0,5–4	80–90
klometiazol	Ni podatkov. / Doječe matere lahko jemljejo klometiazol, samo če lečeči zdravnik presodi, da je koristnost jemanja večja od tveganja za dojenčka.	Ni podatka.	Ni podatka.	0,25–1,5	65

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ ali SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
lorazepam	Zaradi prehajanja v mleko dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	1–2	91
medazepam	Ni podatka. / Zaradi prehajanja učinkovine v mleko dojenje odsvetujejo.	Ni podatka.	Ni podatka.	1–2	≥99
nitrazepam	Zaradi prehajanja učinkovine v mleko dojenja ne priporočajo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	Ni podatka.	3	87
oksazepam	Zaradi prehajanja učinkovine v mleko dojenja ne priporočajo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Treba je spremljati otrokovo hidracijo.	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 T_{max}, 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
<i>alprazolam</i> <i>bromazepam</i> <i>diazepam</i> <i>flurazepam</i> <i>klobazam</i> <i>klometiazol</i> <i>medazepam</i> <i>oksazepam</i> <i>midazolam</i>	nekompatibilno ali premalo podatkov	Bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi dojenja ob sočasnem farmakološkem zdravljenju.
<i>lorazepam</i> <i>zolpidem</i> <i>(izjemoma, če gre za kratkotrajno zdravljenje)</i>	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 s čim manj škodljivimi kratko- in dolgoročnimi učinki ali brez njih 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 skrbijo za optimalno zdravljenje osnovne bolezni v nosečnosti in 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 to odloči, velja priporočilo, da naj bo njena bolezen obvladovana le z eno učinkovino v najnižjem še učinkovitem odmerku. Pri določanju učinkovitega in čim varnejšega zdravljenja z zdravili, 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, Chowiecnyk 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. Reprotox online. Dostopno 1.12.2021 na: <http://www.reprotox.org/login>.
14. Lexicomp online. Dostopno 23. 3. 2018 na: <https://online.lexi.com/crlsql/servlet/crlonline>.
15. Lexicomp online. Dostopno 1.12. 2021 na: <https://online.lexi.com/lco/action/home>.

16. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BCM J* 2005; 47 (2): 96–9.
17. 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.
18. Kohen D. Psychotropic medication in pregnancy. *BJPsych Advances* 2004; 10: 59–66.
19. NIJZ. Poporodna psihoza. Dostopno 27. 3. 2018 na: <http://www.nijz.si/sl/poporodna-psihoza>.
20. Kohen D. Psychotropic medication and breast-feeding. *BJPsych Advances* 2005; 11: 371–9.
21. Klinger G, Stahl B et al. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2013; Mar-Apr; 10 (3): 308–17.
22. 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.
23. Lactmed online. Dostopno 28. 3. 2018 na: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>.
24. Gentile S. Drug Treatment for Mood Disorders in Pregnancy. *Curr Opin Psychiatry*, 2011; 24 (1): 34–40.
25. 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.
26. Muzik M. Psychiatric illness during pregnancy. *Current Psychiatry* 2012; 11 (2): 23–32.
27. Payne JL. Yes or No: Prescribing Antidepressants to Pregnant Patients. *Psychiatric News*. Dostopno junija 2016 na: <http://psychnews.psychiatriatrvonline.org/doi/ful>. Dostopno junij 2016.
28. Cohen LS, Wang B et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am*, 2010; 33 (2): 273–93.
29. Hale TW. Pharmacology Review: Drug Therapy and Breastfeeding: Antidepressants, Antipsychotics, Antimanics, and Sedatives. *NeoReviews* 2004; 5: 451.
30. 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.
31. Ličina M. Duševne motnje v nosečnosti, puerperiju in laktaciji. Psihiatrična bolnišnica Begunje. Dostopno 15. 3. 2018 na: <http://www.pb-begunje.si/>.
32. CBZ. Dostopno 15. 3. 2018 na: <http://www.cbz.si/>.
33. CBZ. Dostopno 1.12.2021 na: <http://www.cbz.si/>.

Vpliv navezanosti na razvoj in zdravje otroka in matere

Avtorici: Nina Curk Fišer, Maja Drobnič Radobuljac

Uvod

Odnos med otrokom in prvo pomembno odraslo osebo, ki je najpogostejše mati, je zelo kompleksen in vseživljenjski proces, ki se začne z rojstvom. Oblika navezovalnega odnosa med otrokom in materjo v prvih letih življenja, ko se možgani najintenzivneje razvijajo, vpliva na izražanje genov, ki so pomembni za razvoj centralnega živčevja, zato ima neposredni vpliv na oblikovanje mehanizmov čustvenega odzivanja, regulacije neprijetnih čustev in strategij spopadanja s stresom skozi celo življenje.

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 je zaščita dojenčka pred različnimi nevarnostmi, saj predstavlja navezovalna oseba varno okolje, od koder otrok raziskuje zunanji svet, in varno zatočišče, kamor se vrača (1). Negotova navezanost in dolgotrajno nezadoščene čustvene potrebe otroka v zgodnjem otroštvu se odražajo v primanjkljajih na vseh področjih razvoja (čustvenem, kognitivnem in telesnem), ki jih pozneje v življenju ni več mogoče v celoti nadomestiti (2). Oblika navezanosti, ki so jo ugotovili pri majhnih otrocih, pa predstavlja trajni vzorec navezovanja odnosov z drugimi v odrasli dobi (3, 4).

Matere z duševno motnjo so poleg bremena bolezni, ki vpliva na kakovost njihovih življenj in vsakodnevno funkcioniranje ter zdravje, razvoj in dobro počutje njihovih potomcev (5), diskriminirane na različnih področjih življenja, pri čemer stigma znižuje njihovo samopodobo, osiromaši starševsko izkušnjo in pomembno zmanjšuje dostop do pomoči (6, 7). Starševsko vlogo dodatno bremenijo tudi pogosto pridružene socialno-ekonomske težave, nestabilne partnerske zveze, socialna izolacija in težave v navezovalnem odnosu med materjo in otrokom (8).

Glavna naloga psihiatrične obravnave žensk v perinatalnem obdobju je zgodnje prepoznavanje ter ustrezno in pravočasno zdravljenje materine duševne motnje. Uspešno zdravljena in ozdravljena duševna motnja v perinatalnem obdobju žensk pa ne zagotavlja nujno tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom. Zato je izjemnega pomena tako ženskam v perinatalnem obdobju kot tudi materam, obolelim za duševno motnjo in njihovim otrokom, zagotoviti dostopnost ustreznih in učinkovitih načinov obravnave, ki bodo izboljšali odnos med materjo in otrokom v njegovem 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 (angl. *Strange Situation Procedure*, TTS – test tuje situacije). Pri tem sodelujejo eden od staršev, majhen otrok (star 9–18 mesecev) in raziskovalec. Navezanost pri otroku ugotavljajo na podlagi reakcij otroka ob starševem odhodu ter njunem ponovnem snidenju. Med postopkom, ki se snema z videokamero, posnamejo dve krajši ločitvi otroka in starša ter dve njuni ponovni združitvi.

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. Pri svojih opazovanjih je poleg oblik navezanosti otroka določila tudi nekaj glavnih ustreznih načinov vedenja mater do otrok doma, ki so si bili med seboj predvidljivo podobni.

Opisala je tri oblike organizirane navezanosti: varno navezanost, ki jo najdemo pri okrog 60 % ljudi v splošni populaciji, negotovo anksiozno ambivalentno (preokupirano) navezanost, ki jo najdemo pri okrog 7–15 %, in negotovo anksiozno izogibajočo navezanost, ki jo najdemo pri okrog 20 % (9).

Pozneje sta Mary Main in Judith Solomon dodali še dezorganizirano navezanost, ki je po različnih podatkih prisotna pri 5–10 % ljudi, drugi pa še obliko »ni mogoče uvrstiti« (angl. *non classifiable*) (10, 11). 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 % (12). Danes različni raziskovalci navezanosti ugotavljajo razlike med kategoričnim in dimenzionalnim opisovanjem navezanosti.

V raziskovalne in klinične namene so pozneje drugi strokovnjaki razvili tudi druga orodja za raziskovanje navezanosti starejših otrok, mladostnikov (npr. intervju navezanosti otroka, angl. *Child Attachment Interview*) (13) in odraslih (npr. intervju navezanosti odraslih, angl. *Adult Attachment Interview*) (14).

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 15).

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

	Vedenje otroka	Vedenje matere
Varna	Nelagodja ob prvi ločitvi, jok vsaj ob drugi ločitvi, hitro pride k materi ob vrnitvi, ob njej se pomiri in vrne k igri – varno okolje, varno zatočišče.	Materino vedenje je nežno, ljubeče, predvidljivo, nevsiljivo in skrbno, uglaseno z otrokovimi izkazanimi potrebami.
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 pasiven, njegovo vedenje niha med iskanjem materine bližine in odklanjanjem, po materini vrnitvi se ne umiri 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 njimi, 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, nasilno, kaotično, zanemarjajoče.

Nevrobiologija

Teorija navezanosti je v zadnjih desetletjih, podprta 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 in izkušnjam v medsebojni interakciji otroka in starša, ki se začne že v prvih urah po rojstvu in vpliva na zgodnji razvoj možganov prek hormonov in živčnih prenašalcev, ki vplivajo na izražanje genov, pomembnih za razvoj centralnega živčevja. V najzgodnejšem obdobju življenja otrok izraža svoje potrebe prek senzornih dražljajev (voha, dotika, okusa in sluha). Zaznavanje otrokovih potreb in ljubeč odziv nanje vzbuja v njem 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 možganske hemisfere in desne prefrontalne skorje.

Desna možganska hemisfera intenzivno raste med petindvajsetim tednom nosečnosti in poldrugim letom otrokove starosti. Prek povezav z limbičnim sistemom (sestavljata ga amigdaloidno jedro in hipokampus) ima bistveno vlogo pri prepoznavanju in zadovoljevanju temeljnih potreb tako otroka kot tudi matere, samoregulaciji čustev in razpoloženja, spopadanju s stresnimi situacijami, nadzoru izvršilnih funkcij, doživljanju sebe v medosebnih odnosih, učenju, spominu, izločanju endorfinov in uravnavanju avtonomnih – vegetativnih, endokrinoloških, imunoloških in kardiovaskularnih funkcij (16). Amigdaloidno jedro, ki je zrelo že ob rojstvu, procesira neprijetne čustvene spomine in daje dojenčkom zmožnost čutiti paleto 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.

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 vznburjenja 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 uglasenost 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, dovetnost 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 (17).

Dejavniki tveganja za negotovo navezanost, ki ima v zgodnjem razvojnem obdobju škodljiv vpliv in moteče vpliva na zgodnji razvoj otroških možganov ter razvoj posameznika kot celote, vključujejo ponavljajoče, 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 dolgotrajne 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 se stresu. Stresne razmere za otroka ustvarja starš, ki otroka ne zaščiti pred zunanjimi negativnimi vplivi ali njemu lastnimi travmatičnimi izkušnjami iz otroškega obdobja (samopoškodovalno vedenje, zlorabe, zanemarjanje), ki težje ohranja vsakodnevno rutino otrokovega bioritma preko dne in ki otroka zanemara, pušča doma brez varstva ali otroka telesno kaznuje (18, 19, 20).

Varovalni dejavniki

Varna navezanost in izkušnja, da je otroku prva pomembna oseba (najpogosteje mati) pripravljena zagotavljati oporo, fizično bližino, naklonjenost, tolažbo in pomoč, otroka ne glede na njegove biološke in temperamentne značilnosti spodbudi k (samo)raziskovanju zunanjega sveta, razvijanju lastne avtonomije in občutka samozaupanja, da lahko izziv ali nalogo uspešno reši (3).

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 njim predstavljajo zaščitne dejavnike za varno navezanost otroka. Pozitiven vpliv na otrokove govorne zmožnosti in navezanost imajo pogovori, branje knjig in ljubeče okolje. Ljubeča skrb za otroke, skrb za telesno zdravje in primerno prehrano so za razvoj možganov izjemno pomembni, kar so pokazali z raziskavami pri dojenih

otročih 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 (21).

Posledice za zdravje

Dolgotrajno nezadoščene čustvene potrebe otroka so osnova za razvoj negotove navezanosti in posledično manj kot optimalno delovanje desne možganske hemisfere, predvsem orbitofrontalne skorje in limbičnega sistema, za manjšo plastičnost možganov in nagnjenost k razvoju psihopatologije, še posebno somatizacijskih motenj pozneje v življenju (22). Pri otrocih, ki so bili v zgodnji otroški dobi izpostavljeni ponavljajočim se 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. Otroci z izkušnjo negotove navezanosti imajo slabši kognitivni razvoj, medosebnim stikom se izogibajo, njihove prilagoditvene sposobnosti na spremembe v okolju pa so slabše razvite (23).

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 in 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 ponotranjenja, kot so različne oblike anksioznosti in depresije, in tudi težav pozunanjenja, kot so različne oblike agresivnega ali opozicionalnega vedenja in neposlušnosti (24). Ugotovljeno je, da obstaja povezava med poporodno depresijo mater 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 količnik, nižje dnevne vrednosti kortizola in spremenjena odzivnost stresne osi (25).

Zdravljenje

Uspešno zdravljena in ozdravljena materina duševna motnja ali njeno stabilizirano psihično stanje ob razrešitvi duševnih težav ne zagotavlja tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ali boljšega kognitivnega in socialno-emocionalnega razvoja otroka.

Programi za starše so ciljno usmerjene kratkotrajne intervence, namenjene izboljšanju odnosa med starši in njihovim otrokom in preprečevanju ali zdravljenju široke palete otrokovih čustvenih težav. Zgodnje intervence, namenjene podpori starševske vloge v prvih dveh letih otrokovega življenja, ki najbolj zaznamuje njegovo dolgoročno čustveno in vedenjsko funkcioniranje, imajo bistveno vlogo pri zmanjševanju poznejših socialnih in zdravstvenih neenakosti. Dokazano je, da programi za starše otrok med tretjim in osmim letom zmanjšujejo vedenjsko in čustveno simptomatiko otrok, vendar je njihova učinkovitost časovno omejena, najverjetneje zaradi hitrih sprememb v razvoju v zgodnji otroški dobi (26). Učinek najuspešnejših intervenc je opaziti pri dveh tretjinah vključenih otrok, še posebno če so ti iz skupin otrok z večjim tveganjem, in je v tesni povezavi z genetskimi predispozicijami, temperamentom in fiziološkimi značilnostmi otroka (27).

Programi za starše so podprti s številnimi teoretičnimi pristopi, zasnovani so kot individualne ali skupinske terapije in vključujejo številne različne tehnike: razprave, igre vlog, ogled videoposnetkov in izvajanje domačih nalog (28). 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) (29). 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 (30). Raziskave, ki bi potrdile ugoden vpliv čuječnosti na povezovalni odnos med materjo in otrokom, še niso bile opravljene.

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 otrokov nevrobiološki razvoj (31).

Na preprečevanje pojavnosti in ponovitev blagih oz. zmernih duševnih motenj žensk v perinatalnem obdobju imajo ugoden vpliv različne intervence, saj dokazano izboljšajo psihosocialno funkcioniranje mater ter imajo pozitiven vpliv na materino samopodobo in nevrobiološki razvoj otroka (32). Pomembno mesto pri zdravljenju mater s poporodno depresijo ima tudi kognitivno-vedenjsko terapija. Študije so potrdile pozitiven vpliv kognitivno-vedenjske terapije na kognitivni in socialno-emocionalni razvoj otroka mater s poporodno depresijo.

Pregled literature in ovrednotenje za CECB (Kalifornijsko klirinško orodje za dobro počutje otrok, ki temelji na dokazih in 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) sta najvišje na lestvici programov, ki krepijo vez med otrokom in starši ter posledično vzpodbujajo otrokov kognitivni, socialni in čustveni razvoj ter vplivajo na duševno zdravje otrok, uvrstila tri programe: Navezanost in biološko-vedenjsko ujemanje (The Attachment and Biobehavioral Catch-up, ABC), Neverjetna leta (Incredible Years, IY) in Krog varnosti (Circle of Security, COS) (33). Zadnja omenjena programa potekata tudi v Sloveniji.

Za otroke, starejše od treh let, je program Neverjetna leta eden od programov z največ dokazi o učinkovitosti v preprečevanju vedenjskih motenj (34). V Sloveniji se izvajata dva programa: Trening starševstva (za otroke 3–8 let in otroke 8–12 let) in Vodenje razreda za učitelje (34). 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 (35). Programa ABC zaenkrat v Sloveniji še nimamo. Ta z obiski na 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 intervencija ABC ugoden in pozitiven vpliv na oblikovanje varnejše in stabilnejše navezanosti med otrokom in staršem, kjer je bila navezanost predhodno negotova ali dezorganizirana (36). Pri otrocih, ki so bili vključeni v intervenco programa ABC, ugotavljajo normalno krivuljo nihanja kortizola preko celega dne in ob izpostavitvi stresu (37).

Zaključek

Kakovost navezovalnega odnosa med starši in otrokom je ključna za zdrav čustveni, kognitivni in socialni razvoj otroka. Varno navezani otroci razvijejo 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 stigmatizirane, negotove in se ne znajdejo. Njihovi otroci so izpostavljeni velikemu tveganju za razvoj negotovega navezovalnega odnosa v zgodnjem življenjskem obdobju. Zato je treba ženskam z duševnimi motnjami v perinatalnem obdobju poleg zgodnjega prepoznavanja in ustreznega zdravljenja duševnih motenj omogočiti tudi dostopnost učinkovitih intervenc, ki imajo dokazano pozitiven vpliv na navezovalni odnos med materjo in otrokom. Te lahko preprečijo ali omilijo številne psihosocialne težave malčkov, predšolskih otrok, mladostnikov in odraslih.

V zadnjem desetletju se dostopnost psihiatrične obravnave, namenjene nosečnicam in otročnicam, v slovenskem prostoru izboljšuje. Področje zgodnjih intervenc, namenjenih podpori starševske vloge v prvih dveh letih otrokovega življenja, ostaja 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. Ocenjujemo, da še vedno veliko omejitev pri začetni in nadaljnji obravnavi nosečnicam in otročnicam z duševnimi motnjami predstavljata tudi sram, ki ga ženske občutijo, in stigma, ki ostaja v naši družbi globoko zasidrana.

Do sedaj v Sloveniji še niso izdelana priporočila glede vpeljave preventivnih programov na področju duševnega zdravja otrok v najzgodnejšem obdobju, ki bi vključevala pomoč pri zdravem razvoju odnosa med otrokom in njegovimi skrbniki ter zagotavljala dostopnost pomoči vsem, ki jo potrebujejo v okviru pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Literatura

1. Bowlby J. A Secure Base. London and New York: Routledge Classics; 2010.
2. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. London: PIMLICO; 1969.
3. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg M. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Dev Psychopathol* 1999; 11: 225-250.
4. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant health. Pridobljeno 30.10.2021 s spletne strani http://www.biosynthesis-institute.com/print/schore_2.pdf
5. Mowbray CT, Oyserman D, Lutz C, Purnell R. Women: The ignored Majority. V: Spaniol L, Gagne C, Koehler M, editors. Psychological and Social aspects of Psychiatric disability. Boston: University Center for Psychiatric Rehabilitation, 2001; 171-194.
6. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe C, et al. Tuning into kids: Reducing young children behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry & Human Development* 2013; 44: 247-264.
7. Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, et al. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders* 2004; 78: 93-100.
8. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting among mothers with a serious mental illness. *The American Journal of Orthopsychiatry* 2000; 70: 296-315.
9. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61: 771-91.
10. 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.
11. Hesse E, Main M. Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1097.
12. 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.
13. 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.
14. Crowell JA, Waters E, Treboux D, O'Connor E, et al. Discriminant validity of the adult attachment interview. *Child Development* 1996; 67(5): 2584-2599.
15. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention. Chicago: University of Chicago Press, 1990: 121-60.
16. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. New York: Nahwah; 1994.
17. 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): 1311-1322

18. Lehnig F., Nagi M., Stepan H., Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019; 19:278
19. Pallini S, Morelli M, Chirumbolo A, Attachment and attention problems: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review* 2019; Vol.76
20. Stein A, Person R. Goodman S et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800-19.
21. 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.
22. Schore AN. Attachment, affect regulation and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review* 2005; 62(6): 204-217.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Aa 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.
27. Barry W, Edginton E. Evidence- Based parenting interventions to promote secure attachment. *Glob Padiatr Health* 2016; 3:1-14.
28. 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.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence. Parent training/ Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders. London: NICE 2006.
30. 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.
31. Bennet C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. doi: 10.1002/14651858.Cd005038.pub3
32. 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.
33. The California Evidence-Based Clearinghouse. Information and Resources for Child Welfare Professionals. Pridobljeno 30.10.2021 s spletne strani: <http://www.cebc4cw.org/leadership/overview/>

34. 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.
35. Neverjetna leta. Pridobljeno 30.10.2021 s spletne strani: <https://neverjetna-leta.si/>
36. 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.
37. Bernard K, Dozier M, Bick J, et al. Enriching attachment organization among maltreated children: results randomized clinical trial. *Child Dev* 2012; 83: 623-636.

Pandemija covida-19 in duševno zdravje (v obporodnem obdobju)

Avtorica: Petra Jelenko Roth

Uvod

Aktualna pandemija virusa SARS-CoV-2 je globalni stresor, ki vpliva na svetovno populacijo, njene posledice so poleg zdravstvenih še gospodarske in družbene. Dolgotrajni stres pomembno vpliva na duševno zdravje ljudi; pri več kot polovici oseb, ki so bile že prej v obravnavi zaradi težav v duševnem zdravju, je prišlo do poslabšanja, težave v duševnem zdravju pa se pojavljajo tudi pri tistih, ki jih doslej niso doživljali. Dober dostop do virov psihološke pomoči imajo praviloma tisti, ki so že v obravnavi, in zdravstveni delavci (ki je ne uporabljajo dovolj, verjetno zaradi stigme), vse bolj jo potrebuje tudi splošna populacija. Fizična in socialna izolacija neugodno vplivata na duševno zdravje in nesorazmerno prizadeneta ranljive skupine prebivalstva. Najbolj ogrožene so mlade ženske, zlasti tiste, ki so hkrati izpostavljene še dodatnim stresorjem, predvsem v obporodnem obdobju. Pri najranljivejših se stiske poglobijo do tolikšne mere, da postanejo klinično pomembne in vodijo v slabše izide nosečnosti in poporodnega zdravja. Poleg tega lahko dolgotrajna izpostavljenost otroka intenzivnim stresorjem v zgodnjem razvoju privede do slabih zdravstvenih izidov, ki so prisotni tudi pozneje v življenju. Stresni dogodki v kriznih razmerah vplivajo na duševno zdravje ljudi tudi po uradnem koncu kriz.

Pandemija in simptomi duševnih motenj v populaciji

Koronavirusna bolezen 2019 (covid-19) je povzročila svetovno zdravstveno krizo. Povečane stopnje depresije, anksioznosti in motenj spanja ugotavljajo tako pri osebah z duševnimi motnjami kot tistih brez njih (1). Večinoma gre za preplet dejavnikov, povezanih z okužbo in omejitvenimi ukrepi, kar je pomembno poslabšalo kakovost življenja številnih.

Napovedni dejavniki za pojav simptomov duševnih motenj zaradi pandemije so življenje v mestu, subjektivno šibko zdravje, huda osamljenost (izguba partnerja zaradi smrti ali ločitve, samski stan, brez otrok), nizki dohodki, karantena, zaskrbljenost zaradi okužbe, tudi pri znancih, materialna škoda, brezposelnost ali možnost izgube službe, psihični stres ali zdravstvene težave v preteklosti, velika izpostavljenost novicam o covidu-19, subjektivna večja ranljivost, manjša samoučinkovitost pri zaščiti, prisotnost kroničnih bolezni (2).

Kmalu po izbruhu pandemije so kitajski raziskovalci ugotavljali (3), da so osebe s težjimi duševnimi motnjami bolj dovzetne za okužbo kot splošna populacija. To so pojasnjevali s kognitivnimi motnjami, manjšim zavedanjem tveganja in

potrebe po uporabi zaščitnih sredstev ter bivanjem na varovanih psihiatričnih oddelkih. Ko so se okužili, so težje pravočasno dostopali do zdravstvenih storitev zaradi diskriminacije s strani zdravstvenega osebja. Poleg tega je lahko bilo zaradi spremljajoče duševne motnje zdravljenje covida-19 zahtevnejše in manj učinkovito (4). Začetek pandemije covida-19 je povzročil vzporedno epidemijo strahu, anksioznosti in depresije. Na ljudi s težavami v duševnem zdravju lahko bistveno bolj vplivajo emocionalni odzivi na izredne razmere, njihova večja ranljivost za stres v primerjavi s splošno populacijo pa bi lahko povzročila poslabšanje ali ponovitev duševne motnje. Omejitev gibanja je otežila udeležbo na ambulantnih pregledih, kjer se izvaja redno spremljanje psihičnega stanja (3).

Vsaj 50 % uporabnikov psihiatričnih storitev iz 8 držav, vključenih v obsežno raziskavo (5), je poročalo o poslabšanju duševnega zdravja v letu 2020. Največje tveganje za poslabšanje je bilo pri ženskah, tistih, katerih stiki z družino in prijatelji so bili močno okrnjeni, ki so nezadovoljni z ravnanjem vlade in ki imajo občutek izgube nadzora nad situacijo. Poleg tega je bilo poslabšanje duševne motnje povezano tudi z večjim tveganjem za pojav samomorilnih misli (6, 7).

Analizi iz leta 2020 kažeta, da sta najmočnejša dejavnika tveganja za pojav simptomov depresije med pandemijo ženski spol (8) in starost, nižja od 40 let (9).

Ženske so v času pandemije bolj kot moški dovzetne za razvoj simptomov depresije, anksioznosti, postravmatske stresne motnje (PTSM) in stresnega odziva. Pri njih je več psiholoških stisk deloma tudi zato, ker predstavljajo večji delež delovne sile, na katero ima lahko pandemija neugoden vpliv, na primer v trgovini na drobno, storitveni dejavnosti in zdravstvu. Ob izpostavljenosti stresorjem se pri njih sprožijo drugačni nevrobiološki mehanizmi kot pri moških, kar je morda fiziološka podlaga za večjo pojavnost nekaterih duševnih motenj pri njih (10).

Omejitveni ukrepi in okužbe so bolj prizadeli ženske kot moške, tako doma kot na delovnem mestu, zlasti zaposlene v zdravstvenem in socialnem sektorju (11). Večina žensk (83 %) v manjši ameriški raziskavi (12) je doživela eno ali več posledic pandemije na svojo zaposlitev, kot so: delo na daljavo (45 %), težave z varstvom otrok (38 %), prevzemanje več delovnih nalog in odgovornosti (28 %) in manjšo varnost zaposlitve (22 %).

Po vsem svetu 70 % zaposlenih v zdravstvu predstavljajo ženske, ki so pogosto zdravstvene delavke v prvi liniji (zdravnice, medicinske sestre, babice in zdravstvene delavke v skupnosti). Podobno je večina osebja v zdravstvenih ustanovah (čistilke, bolničarke, kuharice) žensk (13). Po podatkih slovenskega zdravstvenega letopisa

za 2019 je bilo v Sloveniji tistega leta zaposlenih 10.126 zdravnikov, zobozdravnikov in farmacevtov, 68 % je bilo žensk (14). V ZDA ženske zasedajo 78 % vseh delovnih mest v bolnišnicah, 70 % delovnih mest v lekarnah in 51 % delovnih mest v trgovinah z živili (15). Zato jih je več izpostavljenih virusu. V Italiji je bilo med okuženimi zdravstvenimi delavci 66 % žensk in 34 % moških, v Španiji 72 % žensk in 28 % moških (13).

Pri mlajših od 40 let je več neugodnih psiholoških odzivov med pandemijo deloma lahko posledica njihove skrbniške vloge v družinah (zlasti žensk), kjer zagotavljajo finančno in čustveno podporo otrokom ali starejšim (16). Izguba službe ali negotovost zaposlitve sta pomembna stresorja v tej starostni skupini. Velik delež mlajših od 40 let predstavljajo tudi študenti, ki doživljajo več psiholoških stisk zaradi zaprtja fakultet, odpovedi predavanj in družabnih dogodkov, manjše učinkovitosti študija na daljavo in prelaganja terminov izpitov (17). Status študenta je bil v Španiji dejavnik tveganja za razvoj več depresivnih simptomov kot pri zaposlenih in upokojencih (18), na Kitajskem pa še za več simptomov PTSM (19).

Gospodarska kriza 2008 in duševno zdravje

Tako kot sedanja kriza je tudi gospodarska recesija, ki se je v svetu začela leta 2007, povečala duševne stiske prebivalstva, predvsem ranljivih skupin. Učinki so se kazali v slabem duševnem zdravju ljudi še tri leta po njenem uradnem zaključku. Ekonomski status številnih se je močno poslabšal. Brezposelnost, negotovost zaposlitve, dolгови in finančni pritiski so prispevali k povečanju pojavnosti najpogostejših duševnih motenj, odvisnosti in samomorov (20). V večini evropskih držav se je stopnja samomorov pomembno povečala, kar za 6,7 % (21), predvsem pri nezaposlenih moških, ta trend se je nadaljeval še nekaj let po recesiji (22). Učinki zadnje gospodarske krize so se kazali s slabim duševnim zdravjem populacije še tri leta po njenem izteku.

Poudariti je treba, da se številne duševne motnje začnejo v obdobju adolescence in mlajše odrasle dobe. Odraščanje v zelo zahtevnem okolju, zlasti ob stresu v družini zaradi finančnih težav ali brezposelnosti staršev, lahko povzroči večjo ranljivost mladih (23). Povprečno 27 % mlajših od 18 let v državah Evropske unije je imelo leta 2013 povečano tveganje za revščino ali socialno izključenost, leta 2020 pa 24,2 %, največ v Romuniji (41,5 %) in najmanj v Sloveniji (12,1 %), celo več kot pri zaposljivih odraslih in starejših, kar je zaskrbljujoče v državah, kjer brezposelnost in prikrajšanost naraščata (24). Pri slovenskih adolescentih, ki so se znašli v slabših socialno-ekonomskih okoliščinah, je bila štirikrat večja verjetnost

za nizko zadovoljstvo s svojim življenjem in nižjo kakovost življenja (25). Pri otrocih nezaposlenih staršev so ugotavljali višjo prevalenco depresije in višje stopnje psihosomatskih simptomov (26). Več samomorilnih misli in vedenja je bilo pri dekletih. Ob tem raziskovalci poudarjajo, da se bo družba, ki ne skrbi za duševno zdravje mladih in ne izkoristi njihove energije, v prihodnosti morda soočala z dolgotrajno izgubo produktivnosti odraslih (23).

Vplivi kriz na duševno zdravje v obporodnem obdobju

Obporodno obdobje, ki se začne z zanositvijo in konča eno leto po porodu, je verjetno najpomembnejše in najobčutljivejše obdobje v življenju matere in otroka. V tem času depresija in anksioznost prizadeneta vsako šesto do sedmo žensko, povezani sta s povečanim tveganjem za prezgodnji porod, negotovo navezanost med materjo in otrokom ter zaostankom v njegovem kognitivnem in čustvenem razvoju, ki se lahko nadaljuje tudi v otroštvu in odrasli dobi. Preprečevanje, pravočasno prepoznavanje in zdravljenje sta ključnega pomena, vendar ostaja okoli 50 % žensk z obporodno depresijo nediagnosticiranih. Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov že od leta 2000 priporoča presejanje in ukrepanje zaradi stresa za vse nosečnice, tudi pri podpraznih simptomih (27). V Sloveniji poteka nacionalni presejalni program za odkrivanje žensk s tveganjem za obporodno depresijo, anksioznost in samomorilno ogroženost, v nosečnosti še za odvisnosti in nasilje. Izvaja se v ginekoloških ambulantah, po porodu na obiskih patronažnih medicinskih sester na domu. Njegov namen je iz množice izpostaviti posameznice s tveganjem, ki potrebujejo dodatno pomoč, podporo in skrb. Diagnozo nato postavi strokovnjak za duševno zdravje.

Pretekle krize

Učinke preteklih kriz in naravnih katastrof na duševno zdravje v obporodnem obdobju so ovrednotili v več metaanalizah. Po terorističnih napadih (npr. 11. september v ZDA), ekoloških in kemičnih (npr. nesreča jedrskega reaktorja v Černobilu) ter naravnih nesrečah (npr. orkani, potresi, poplave) so ugotovili, da je bila visoka stopnja izpostavljenosti nosečnic in porodnic tem dogodkom glavni dejavnik tveganja za slabše duševno zdravje (28). Pri nosečnicah, ki so doživele potres, so bile stopnje depresije višje kot pri nosečnicah, ki ga niso doživele, po porodu pa povečanih stopenj depresije niso potrdili (29). Med duševnim zdravjem žensk in dejavniki, na katere krize posredno vplivajo, lahko pride do medsebojnega vpliva (30). Prijave družinskega nasilja so dosegle vrh po krizah (npr. izbruh gore

St. Helens v ZDA, 1982; orkan Katrina, 2005; požari v Avstraliji, 2009; potres na Haitiju, 2010) in so se v povečanem obsegu pojavljale še vsaj eno leto pozneje (28).

Neugodne učinke na rast ploda in porodno težo so potrdili po terorističnih napadih in bombardiranjih, okoljskih katastrofah in naravnih nesrečah. Stres zaradi krize, ki mu je izpostavljena nosečnica, vpliva tudi na dolgoročne izide za zdravje otroka (31). Duševno zdravje mater v prvem letu po porodu ima po krizah in katastrofah še večji vpliv na razvoj otroka kot neposredni učinki stresa v času nosečnosti (32).

Raziskave o vplivu pandemije covid-19

Pandemija vpliva na reproduktivno in perinatalno zdravje neposredno zaradi same okužbe s covidom-19 in posredno zaradi omejitvenih ukrepov, ki prinašajo spremembe v delovanju zdravstvenega varstva, socialne politike ali socialnih in ekonomskih okoliščin. Priporočila za cepljenje nosečnic, smernice za porod in dojenje za okužene ženske so se pogosto spreminjale, kar povečuje negotovost. Število prenatalnih ginekoloških pregledov se je ponekod zmanjšalo (v Sloveniji le v prvem valu, op. a.), zdravstvena infrastruktura je preobremenjena. Zaradi omejitvenih ukrepov je lahko zmanjšan dostop do diagnosticiranja težav, psihološkega ali farmakološkega zdravljenja (32, 33).

Večina nosečnic (83 %) in žensk po porodu (57 %) iz ameriške raziskave je sicer poročala, da so od začetka pandemije imele dobro zdravstveno podporo v nosečnosti. Najpogostejša sprememba porodnega načrta, povezana s covidom-19, je bila prepoved spremljevalca pri porodu (12).

Vrhunec simptomov depresije in anksioznosti so opazovali ob pojavu virusa, število in resnost simptomov se je zmanjšala, ko je bilo na voljo več informacij. Povprečna raven stresa pri ženskah v obporodnem obdobju pa ostaja povečana tudi po ukinitvi najstrožjih omejitvenih ukrepov (34).

Raziskave iz različnih držav ugotavljajo, da se je med pandemijo pri ženskah v obporodnem obdobju pomembno povečala verjetnost depresije, anksioznosti in incidenca nasilja. Ob tem povečanje stopenj simptomov duševnih motenj ni bilo specifično za posamezno državo (32, 35).

V raziskavi iz leta 2020 je okoli 32 % žensk potrdilo povečanje klinično pomembnih simptomov depresije, 37 % pa je bilo pozitivnih na presejalnih testih za anksioznost. Poročale so o negativnih učinkih pandemije na razpoloženje, zlasti o ponovnem

pojavo simptomov duševnih motenj. Samoizolacija je bila povezana s kliničnimi simptomi depresije (9).

V letih 2020–2021 je v 64 državah 43 % nosečnic in žensk po porodu dosegalo ali presegalo klinične kriterije za PTSM, 31 % za anksioznost/depresijo in 53 % za osamljenost (36). Iskanje informacij o pandemiji iz katerega koli vira (npr. družbeni mediji, novice, pogovori z drugimi) najmanj petkrat na dan je bilo povezano z več kot dvakrat večjo verjetnostjo za PTSM in anksioznost/depresijo. Večina žensk (86 %) je poročala, da so nekoliko ali zelo zaskrbljene zaradi covida-19. Najpogostejše skrbi so bile povezane z nosečnostjo in porodom, vključno s tem, da jih družina po porodu ne bo mogla obiskati (59 %), da bo otrok zbolel za covidom-19 (59 %), da med porodom ne bodo imele spremljevalca (55 %) in da bodo zaradi covida-19 morale spremeniti porodni načrt (41 %). Večje skrbi, povezane z otroki (neustrezno varstvo, tveganje za okužbo) in prestavljanje terminov zdravniških pregledov, so bile povezane z bistveno višjimi verjetnostmi za PTSM, anksioznostjo/depresijo in osamljenostjo. Upoštevanje higienskih priporočil (nošenje obrazne maske, umivanje rok, razkuževanje površin) ni vplivalo na izraženost simptomov duševnih motenj ali osamljenost.

Metaanaliza 81 raziskav o vplivu pandemije na obporodno duševno zdravje (34) je pokazala, da je bila v nosečnosti največja incidenca anksioznosti in depresivne motnje v prvem trimesečju, svojemu duševnemu zdravju pa so največ pozornosti posvečale nosečnice v tretjem trimesečju. Med simptomi depresije in anksioznosti v nosečnosti in po porodu ni bilo večjih razlik, kljub temu da ženske po porodu doživljajo bolj neugodne psihološke posledice pandemije kot v nosečnosti. Prav tako ni bilo razlik v incidenci depresije med ženskami, ki so med pandemijo rodile, in tistimi, ki so opravile abortus. Prva nosečnost med pandemijo pa je bila v primerjavi z naslednjimi nosečnostmi pomemben dejavnik tveganja za pojav anksioznosti.

Stresorji

S pandemijo se je zaradi posledic omejitvenih ukrepov in nevarnosti okužbe z virusom povečalo število stresorjev, s katerimi se morajo spoprijemati ženske na svoji poti do materinstva, ki že sama po sebi zahteva velike prilagoditve. Pri tistih, ki se težje prilagajajo na nove okoliščine, lahko dodatni stresorji prispevajo k razvoju obporodne depresije in anksioznosti (37).

Negotovost, nepredvidljivost, občutek izgube nadzora

Negotovost in nepredvidljivost okužbe z virusom, spreminjanje ocen tveganosti okužbe za nosečnost in novorojenčka, spreminjanje porodniških in javnozdravstvenih smernic, ki lahko korenito vplivajo na zdravstveno obravnavo nosečnic, porod in nego otroka po porodu ter pomanjkanje nadzora nad lastnimi okoliščinami, so povezani z večjo incidenco depresije in anksioznosti tako v populaciji, ki ni in pri tisti, ki je v obporodnem obdobju (38).

Pomanjkanje socialne opore

Karantena, fizična oddaljenost, pregledi na daljavo, povečana napetost v partnerskih in družinskih odnosih so spodkopali podporo, ki je pri ženskah v obporodnem obdobju ključna za zmanjševanje tveganja za depresijo in anksioznost (39). Ko zelo obremenjena mati nima podpore družinskih članov ali zunanje pomoči, to še dodatno ovira njeno zmožnost za navezovanje z otrokom (npr. stik kože s kožo in dojenje), ki običajno prispeva k občutku veselja in nagrade ob vsakodnevnih naporih (34).

V obporodnem obdobju je tveganje za nasilje v družini večje kot sicer, zato se ob dodatnih obremenitvah tveganje zanj poveča, zlasti pri ženskah, ki so jih partnerji v preteklosti že zlorabljali, ki zlorabljajo psihoaktivne snovi oziroma jih zlorabljajo same. Ob zmanjšanju socialnih stikov izven gospodinjstva, vključno z obiski pri zdravniku, ogroženi težje dobijo pomoč (28).

V tabeli so povzete ugotovitve metaanalize iz leta 2021 o izidih obporodnega duševnega zdravja med pandemijo covid-19 (34). Neugodni dejavniki sprožajo simptome depresije in anksioznosti, zaščitni jih lajšajo ali preprečujejo.

Tabela. Dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki, povezani z izidi obporodnega duševnega zdravja v pandemiji. Povzeto po (34).

<i>Dejavniki</i>	<i>Vpliv</i>	<i>Okoliščine</i>
<i>Družbeno-ekonomski</i>	Neugodni	Nizka starost matere, številčno gospodinjstvo, polni delovni čas, hud stres na delovnem mestu, finančne težave, nižja izobrazba para, bolj izobraženi (anksioznost).
<i>Psihološki in socialni</i>	Neugodni	Samohranilka, anamneza travmatskega poroda ali abortusa, anamneza duševne motnje pred pandemijo, hud stres v zadnjem mesecu, zloraba v preteklosti, zaznana nizka družbena opora in socialna izolacija, konflikti, disfunkcionalna družina, partnerska nesoglasja, zaskrbljenost zaradi zdravja, zaznana partnerjeva zaskrbljenost za zdravje, strogo upoštevanje pravil in varnostnih priporočil.
	Zaščitni	Povečana družbena opora.
<i>Telesni in porodniški</i>	Neugodni v nosečnosti	Nepravilnosti placente, zapleti v nosečnosti, rizična nosečnost, simptomi, povezani s covidom-19.
	Neugodni po porodu	Zaznano slabo zdravje (lastno ali otrokovo), izguba varstva za otroka, debelost ali prenizka teža v tretjem trimesečju (depresivni simptomi).
	Zaščitni	Dober spanec (kakovost in trajanje), gibanje.
<i>Informacije o covidu-19 in zdravstvena podpora med pandemijo</i>	Neugodni	Pomanjkanje informacij o učinku covid-19 na nosečnost, prenaročanje, odpovedi in zmanjšanje števila pregledov v ginekološki ambulanti.
	Zaščitni	Informacije o negi v nosečnosti, zaznana dobra podpora zdravstvenih delavcev, tedensko spremljanje na daljavo.

Fiziološki učinki stresa v nosečnosti ter njihovi vplivi na izide poroda in poporodnega zdravja.

Posredujejo jih kortizol, noradrenalin, kazalci vnetja ter inflamatorni citokini, ki po določenem času začnejo prehajati skozi krvno placentarno bariero in neugodno vplivajo na razvoj ploda in pozneje otroka. Povišana koncentracija glukokortikoidov v nosečnosti je povezana z večjo verjetnostjo za zastoj rasti ploda, prezgodnji porod in nizko porodno težo, pozneje v življenju pa z nagnjenostjo k debelosti in drugim boleznim, negativnim afektom, težavnim temperamentom in duševnimi motnjami otrok (40, 41).

Visoka raven stresa pri nosečnici je napovedni dejavnik za prezgodnji porod. Novorojenčka, premajhnega za gestacijsko starost, napovedujeta partnersko nasilje in stres zaradi nepripravljenosti na porod zaradi pandemije, kombinacija sprememb terminov pregledov v nosečnosti, hudega stresnega dogodka in stresa zaradi nepripravljenosti na porod zaradi pandemije pa nenačrtovan carski rez ali operativni vaginalni porod (42, 43).

Elementi strategij obvladovanja stresa – samopomoč

Verodostojne informacije

Dostop do verodostojnih, znanstveno potrjenih informacij v zvezi s covidom-19 zmanjšuje negotovost. Kitajske nosečnice, ki v letu 2020 pred porodom niso imele dostopa do njih na spletnih straneh in družbenih omrežjih zdravstvenih ustanov, so poročale o bistveno večjem stresu, tesnobi in depresivnih simptomih kot tiste, ki so tak dostop imele (44). Primer takih informacij so na primer dognanja, da pri nosečnicah in porodnicah tveganje za okužbo s covidom-19 ni večje kot pri splošni populaciji, da je prenos virusa z matere na otroka preko placente, med porodom in z mlekom pri dojenju malo verjeten in da je okužba dihal za nosečnice na splošno bolj tvegana kot za ostalo populacijo (45, 46).

Lajšanje duševnih stisk

V ameriški raziskavi (12) so proučevali najpogostejše strategije zmanjševanja stresa zaradi pandemije pri ženskah v obporodnem obdobju. Za lajšanje stisk jih je največ uporabljalo pogovor s prijatelji in družino (80 %), odvratanje pozornosti s filmi ali oddajami (68 %), preživljanjem časa v naravi (52 %). Več kot tretjina žensk je kot strategijo spoprijemanja navedla telesno vadbo, vendar jih je veliko (62 %) poročalo,

da se zaradi omejitvenih ukrepov in izogibanja okužbi manj gibljejo. Ženske s simptomi depresije so se pogosteje izolirale kot tiste brez simptomov in so manj časa preživele v naravi.

Telesna dejavnost zmanjšuje simptome depresije v nosečnosti in lahko pomembno prispeva k izboljšanju duševnega zdravja med pandemijo. Porodniške smernice po vsem svetu priporočajo nosečnicam brez kontraindikacij telesno dejavnost ves čas nosečnosti (47, 48). To prinaša številne koristi za zdravje, vključno s 67-odstotnim zmanjšanjem možnosti za nastanek depresije v nosečnosti (49), pa tudi poporodnih depresivnih simptomov (50).

Uporaba psihoaktivnih snovi je neustrezna strategija samopomoči tudi v nosečnosti. Tobačni dim, alkohol in droge prehajajo skozi krvno placentalno bariero in neposredno vplivajo na razvoj ploda, predvsem njegovih možganov. Marihuana poveča tveganje za nizko porodno težo novorojenčka in vpliva na njegov nevrološki razvoj (51). Raziskava o uporabi marihuane med nosečnicami, ki je potekala leta 2021 v enem od okrožij v severni Kaliforniji (52), kjer rutinsko izvajajo urinske teste na droge okoli 8. tedna, je pokazala povečano uporabo, kar sovпада s podatki o povečani prodaji marihuane v Kaliforniji v tistem obdobju (53).

Pozitivni vidiki pandemije

Visok delež žensk (78 %) iz raziskave iz leta 2021 v ZDA (12) je omenil pozitivne vidike pandemije zase. Najpogostejši je bil občutek hvaležnosti za več kakovostnega časa z otroki in družino, za večjo pomoč zakonca pri varstvu otrok (»Moj mož je delal od doma, ko sem rodila, zato mi je lahko veliko pomagal«) in daljši čas za dojenje (»Uživam, ko lahko spremljam razvojne mejnike, ni mi treba črpati mleka, ko sem doma s hčerko«). Nekatere so poročale, da je bila njihova skrb zase med pandemijo okrnjena, druge pa so menile, da jim je pandemija pomagala pri osredotočanju na lastno zdravje (»Da, svoj čas uporabljam za izboljšanje zdravja. Več telovadim in se veliko bolj zdravo prehranjujem. Celo shujšala sem.«). V nasvetih drugim materam so predvsem spodbujale k vedenju, ki so ga same uporabljale za obvladovanje stisk, vključno z virtualnim druženjem, preživljanjem časa v naravi, telesno vadbo in skrbjo zase (»Bodite pametne, previdne in berite. Ne pretiravajte, vendar se potrudite po svojih najboljših močeh. Poskrbite zase. Dobro jejte. Hodite na sprehode.«). Veliko žensk je priporočalo tudi kontemplativne prakse, kot so čuječnost, ohranjanje pozitivne naravnosti in hvaležnost.

Zaključek

Vpliva pandemije covid-19 na duševno zdravje populacije ni mogoče spregledati, potrdile so ga vse dosedanje raziskave na tem področju. Večinoma je šlo za preplet dejavnikov, povezanih z okužbo in omejitvenimi ukrepi, kar je pomembno poslabšalo kakovost življenja številnih. Povečale so se stopnje negotovosti, nezaupanja, socialne izolacije. Pojavljali so se simptomi duševnih motenj pri tistih, ki jih prej niso doživljali, in se poslabšali pri okoli polovici tistih, ki so že bili v obravnavi. Pri najranljivejših so se povečale stopnje družinskega nasilja (55).

Ženska in njen plod oziroma otrok sta v obporodnem obdobju neločljiva enota. V nosečnosti sta neposredno povezana s krvnim obtokom, po porodu pa z navezovalnim odnosom. Tako je plod in pozneje otrok izpostavljen vplivom njenega dobrega duševnega zdravja oziroma stisk. Dolgotrajno vznemirjenje, negotovost, izguba socialne in praktične opore, spremenjen režim pregledov v nosečnosti, več odgovornosti in nalog doma in na delovnem mestu so dodatni stresorji, ki prispevajo k povečanju incidence depresije in anksioznosti pri ženskah v tem času (54).

Politike in stroškovno učinkoviti ukrepi lahko vplivajo na obseg dejavnikov tveganja, s katerimi se sooča populacija, ter na pojav duševnih motenj med gospodarsko recesijo in po njej (20). Raziskovalci priporočajo, naj načrtovalci kampanj javnega zdravja in sistemi zdravstvenega varstva v času pandemije prednostno obravnavajo vpliv stresorjev na obporodno duševno zdravje žensk, saj samo preprečevanje izpostavljenosti virusu ne ublaži vpliva pandemije na duševno zdravje (36).

Dokazano je, da gospodarsko stanje vpliva na duševno zdravje prebivalstva, po drugi strani pa lahko boljše duševno zdravje prebivalstva pomembno prispeva k izboljšanju gospodarskih parametrov (55).

Ključnega pomena pri lajšanju stresa v obporodnem obdobju povezanega s pandemijo, je zmanjšanje motenj v prenatalni oskrbi, zagotavljanje dostopa do zunanjih površin in spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Posebno pozornost potrebujejo ranljive skupine prebivalstva, ženske, ki so bile v preteklosti zlorabljene, in tiste z rizično nosečnostjo (43).

Literatura

1. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020;288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
2. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med.* 2021;26(1):13-22. doi: 10.1080/13548506.2020.1746817.
3. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-08.
4. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2013;25(2):68-9. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002.
5. Gobbi S, Plomecka MB, Ashraf Z, Radziński P, Neckels R, Lazzeri S, et al. Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry.* 2020;11:581426. doi: 10.3389/fpsy.2020.581426.
6. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:468-71. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
7. Plomecka MB, Gobbi S, Neckels R, Radziński P, Skórko B, Lazzeri S, et al. Mental health impact of COVID-19: a global study of risk and resilience factors. *PsyN pressArXiv.* In press 2020. doi: 10.1101/2020.05.05.20092023
8. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;2;17(9):3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.
9. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica.* 2020;36(4):e00054020. English, Spanish. doi: 10.1590/0102-311X00054020.
10. Eid RS, Gobinath AR, Galea LAM. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Prog Neurobiol.* 2019;176:86-102. doi: 10.1016/j.pneurobio.2019.01.006.
11. Thibaut F, van Wijngaarden-Cremers PJM. Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Front Glob Womens Health.* 2020;1:588372. doi: 10.3389/fghw.2020.588372.
12. Anderson MR, Salisbury AL, Uebelacker LA, Abrantes AM, Battle CL. Stress, coping and silver linings: How depressed perinatal women experienced the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2022;298(Pt A):329-336. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.116.
13. UN Women Policy Brief. The Impact of COVID-19 on Women. (2020). Dostopno 5.12.2021 na: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/06/report/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en-1.pdf>
14. Slovenski zdravstveni letopis 2019. Dostopno 1.12.2021 na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2019/8_viri_v_zdravstvu_2019.pdf
15. U.S. Bureau of Labor Statistics. Current Employment Statistics - CES (National), Employment and Earnings Table B-5b; 2020. Dostopno 5.12.2021 na: <https://www.bls.gov/web/empsit/ceseeb5b.htm>

16. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102092. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092.
17. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* 2020;287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934.
18. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
19. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020;277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
20. Frاسquilho D, Matos MG, Salonna F, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2016;16:115. doi:10.1186/s12889-016-2720-y.
21. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry.* 2014;205(3):246-7. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144766.
22. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry.* 2011;10(1):40-4. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00012.x.
23. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet.* 2012;379(9826):1641-52. doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4.132-134.
24. Eurostat. Children at risk of poverty or social exclusion—statistics explained. 2013 in 2020. Dosegljivo 10.12.2021 na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion
25. Klanšček HJ, Zibera J, Korošec A, Zorc J, Albrecht T. Mental health inequalities in Slovenian 15-year-old adolescents explained by personal social position and family socioeconomic status. *Int J Equity Health.* 2014;13:26. doi: 10.1186/1475-9276-13-26.
26. Sleskova M, Salonna F, Geckova AM, Nagyova I, Stewart RE, van Dijk JP, et al. Does parental unemployment affect adolescents' health? *J Adolesc Health.* 2006;38(5):527-35. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.03.021.
27. ACOG educational bulletin. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Number 255, November 1999. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;69(2):195-200.
28. Doyle FL, Klein L. Postnatal Depression Risk Factors: An Overview of Reviews to Inform COVID-19 Research, Clinical, and Policy Priorities. *Front. Glob. Womens Health.* 2020. doi: org/10.3389/fgwh.2020.577273. Dostopno 26.11.2021 na: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2020.577273/full#B18
29. Ren JH, Chiang CL, Jiang XL, Luo BR, Liu XH, Pang MC. Mental disorders of pregnant and postpartum women after earthquakes: a systematic review. *Disaster Med Public Health Prep.* 2014;8(4):315-25. doi: 10.1017/dmp.2014.62.

30. Campbell AM. An Increasing Risk of Family Violence During the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. *Forensic Science International: Reports*: 100089. doi: 10.1016/j.fsir.2020.100089. Dostopno 5.12.2021 na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2665910720300384>
31. Saulnier DD, and Brolin K. A systematic review of the health effects of prenatal exposure to disaster. *Int J Public Health*. 2015;60:781–7. doi: 10.1007/s00038-015-0699-2.
32. Harville E, Xiong X, and Buekens P. Disasters and perinatal health: a systematic review. *Obstetrical Gynecol Survey*. 2010;65:713. doi: 10.1097/OGX.0b013e31820eddbe
33. Davenport MH, Meyer S, Meah VL, Strynadka MC, Khurana R. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Front Glob Womens Health*. 2020;1:1. doi: 10.3389/fgwh.2020.00001.
34. Iyengar U, Jaiprakash B, Haitsuka H, Kim S. One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;24(12):674194. doi: 10.3389/fpsy.2021.674194.
35. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10. doi: 10.1186/s12978-021-01070-6.
36. Basu A, Kim HH, Basaldua R, Choi KW, Charron L, Kelsall N, et al. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249780. doi: 10.1371/journal.pone.0249780.
37. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84:1172–87. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1172.
38. Keeton CP, Perry-Jenkins M, Sayer AG. Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *J Fam Psychol*. 2008;22:212–21. doi: 10.1037/0893-3200.22.2.212.
39. Baker B, Yang I. Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sex Reprod Healthc*. 2018;17:31–4. doi: 10.1016/j.srhc.2018.05.003.
40. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;117:26–64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003.
41. Barbosa-Leiker C, Smith CL, Crespi EJ, Brooks O, Burduli E, Ranjo S, et al. Stressors, coping, and resources needed during the COVID-19 pandemic in a sample of perinatal women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):171. doi: 10.1186/s12884-021-03665-0.
42. Omowale SS, Casas A, Lai Y, Sanders SA, Hill AV, Wallace ML, et al. Trends in stress throughout pregnancy and postpartum period during the COVID-19 pandemic: Longitudinal Study using ecological momentary assessment and data from the postpartum mothers mobile study. *JMIR Mental Health*. doi:10.2196/30422. In press 2021.
43. Preis H, Mahaffey B, Pati S, Heiselman C, Lobel M. Adverse Perinatal Outcomes Predicted by Prenatal Maternal Stress Among U.S. Women at the COVID-19 Pandemic Onset. *Ann Behav Med*. 2021;55(3):179–191. doi: 10.1093/abm/kaab005.
44. Jiang H, Jin L, Qian X, Xiong X, La X, Chen W, et al. Evidence of accessing antenatal care information via social media platforms supports mental wellbeing in COVID-19 epidemic. *Bull World Health Organ*. 2020. doi: 10.2471/BLT.20.255489. Dostopno 5.11.2021 na: https://www.who.int/bulletin/online_first/20-255489.pdf

45. Schwartz DA. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med.* 2020;144:799–805. doi: 10.5858/arpa.2020-0901-SA.
46. Yang H, Wang C, and Poon L. Novel coronavirus infection and pregnancy. *Ultrasound Obstetr Gynecol.* 2020;55:435. doi: 10.1002/uog.22006.
47. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. No. 367-2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *J Obstetr Gynaecol Can.* 2018;40:1528–37. doi: 10.1016/j.jogc.2018.07.001.
48. Birsner ML, Gyamfi-Bannerman C. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG committee opinion, number 804. *Obstetr Gynecol.* 2020;135:e178–88. doi: 10.1097/AOG.0000000000003772.
49. Davenport MH, McCurdy AP, Mottola MF, Skow RJ, Meah VL, Poitras VJ, et al. Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018;52:1376–85. doi: 10.1136/bjsports-2018-099697.
50. McCurdy AP, Boule NG, Sivak A, Davenport MH. Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: a meta-analysis. *Obstetr Gynecol.* 2017;129:1087–97. doi: 10.1097/AOG.0000000000002053.
51. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion No. 722: marijuana use during pregnancy and lactation. *Obstetr Gynecol.* 2017;130(4):e205–e209. doi:10.1097/AOG.0000000000002354.
52. Young-Wolff KC, Ray GT, Alexeeff SE, et al. Rates of Prenatal Cannabis Use Among Pregnant Women Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2021;326(17):1745–1747. doi:10.1001/jama.2021.16328
53. Cannabis tax revenues. California Department of Tax and Fee Administration. Dosegljivo 5.12.2021 na: <https://www.cdtfa.ca.gov/dataportal/dataset.htm?url=CannabisTaxRevenues>
54. UN. COVID-19 and violence against women: What the data tells us. Dosegljivo 5.12.2021 na: <https://www.unwomen.org/en/news-stories/feature-story/2021/11/covid-19-and-violence-against-women-what-the-data-tells-us>
55. Chisholm, D. (2015). Investing in mental health. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal.* 2015;21(7):531-534. Dosegljivo 10.12.2021 na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255249/EMHJ_2015_21_7_531_534.pdf].

Avtorice

Nina Curk Fišer, dr. med.,

Specialistka psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za klinično psihiatrijo,

Enota za intenzivno psihiatrijo, Chengdujska cesta 45, 1000 Ljubljana

nina.curk@psih-klinika.si

Liljana Dreu, univ. dipl. soc. del.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Svetovalno socialna služba,

Šlajmerjeva 3a, 1000 Ljubljana

liljana.dreu@kclj.si

dr. Zalka Drglin,

doktorica ženskih študij in feministične teorije

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

zalka.drglin@nizj.si

Izr. prof. dr. **Maja Drobnič Radobuljac**, dr. med.,

Specialistka otroške in mladostniške psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje, Enota za

intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo, Grablovičeva 44b, 1000 Ljubljana

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo

maja.radobuljac@psih-klinika.si

Doc. dr. **Vislava Globevnik Velikonja**, univ. dipl. psih.,

Specialistka klinične psihologije.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za

perinatologijo, Psihološka ambulanta, Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana

vislava.velikonja@guest.arnes.si

Danila Hriberšek, mag. farm.,

Specialistka klinične farmacije

Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37, 3213 Vojnik

Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 3000 Celje

danila.hribersek@pb-vojniki.si

Petra Jelenko Roth, dr. med.,
Specialistka psihiatrije
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
petra.jelenko.roth@nijz.si

Sara Kotar, mag. psih.
Zdravstveni dom Trbovlje, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov,
Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje
sara.kotar@zd-trbovlje.si

Triša Lipovšek - Mešanovič, dr. med.,
Specialistka psihiatrije
Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijška cesta 4, 8000 Novo mesto
trisa.lipovsek.mesanovic@gmail.com

Prim. asist. dr. **Barbara Lovrečič**, dr. med.,
Specialistka socialne medicine in specialistka javnega zdravja, svetnica
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana
barbara.lovrecic@nijz.si.

Prim. doc. dr. **Mercedes Lovrečič**, dr. med.,
Specialistka psihiatrije, svetnica
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola
mercedes.lovrecic@nijz.si.

Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med.,
Specialistka javnega zdravja
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
barbara.mihevc@nijz.si

Izr. prof. dr. **Maja Rus Makovec**, dr. med.,
Specialistka psihiatrije, svetnica,
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za izvenbolnišnično psihiatrijo,
Njogoševa 4, 1000 Ljubljana
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo
maja.rus@psih-klinika.si

Prim. asist. dr. **Karin Sernec**, dr. med.,
Specialistka psihiatrije, psihoterapevtka
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje,
Enota za motnje hranjenja, Grablovičeva 44a, 1000 Ljubljana
karin.sernec@psih-klinika.si

As. dr. **Tea Terzić**, dr. med.,
Specialistka psihiatrije
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo,
Njegoševa 4, 1000 Ljubljana
Univerza v Ljubljani, Katedra za psihiatrijo
tea.terzic@psih-klinika.si

Sonja Tomšič, dr. med.,
Specialistka javnega zdravja
Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka,
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
stomsic@onko-i.si

Marijana Vidmar Šimic, dr. med.,
Specialistka ginekologije in porodništva,
Univerzitetni klinični center, Klinični oddelek za perinatologijo,
Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana
marijana.vidmar.simic@gmail.com

Stvarno kazalo

anksioznost, anksiozne motnje 13, 14, 20, 25, 33, 34, 36, 36, 37, 39, 41, 43, 44, 54, 56, 84, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 106, 109, 112, 115, 120, 121, 122, 129, 131, 156, 167, 181, 212, 214, 226, 234, 238, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 257

antidepresivi 41, 42, 95, 96, 97, 98, 112, 122, 133, 135, 185, 197, 201, 202, 203, 204, 210, 211, 212, 217, 220

bipolarna motnja 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 142, 145, 146, 147, 155, 156, 157, 159, 160, 208, 224

covid-19 15, 19, 247, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 257

dejavniki tveganja 20, 35, 36, 55, 90, 94, 182, 188, 236, 237, 254

diagnosticiranje / diagnostika / diagnoza 11, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 43, 89, 90, 92, 94, 95, 98, 106, 107, 108, 129, 132, 143, 144, 145, 156, 157, 158, 169, 170, 171, 181, 188, 190, 204, 224, 250, 251

disociacija 67, 68, 236

dojenček 9, 14, 41, 71, 92, 114, 119, 135, 136, 140, 147, 148, 155, 156, 157, 159, 166, 216, 227, 233, 236, 237, 239

dojenje 12, 13, 14, 23, 25, 31, 41, 54, 69, 70, 98, 119, 122, 133, 136, 157, 159, 160, 165, 169, 182, 186, 187, 197, 198, 200, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 251, 253, 255, 256

družina / družinski 9, 10, 11, 15, 19, 20, 26, 27, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 50, 51, 52, 54, 56, 69, 72, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 93, 111, 113, 115, 121, 122, 130, 132, 136, 144, 146, 155, 157, 158, 159, 160, 170, 182, 183, 187, 236, 237, 238, 240, 248, 249, 252, 253, 254, 255, 256, 257

duševne motnje 12, 14, 25, 26, 26, 31, 33, 34, 35, 44, 77, 82, 84, 97, 98, 105, 146, 155, 167, 182, 197, 198, 229, 233, 241, 248, 249, 254

edinburški vprašalnik / EPDS 26, 33, 38, 39

fetalni alkoholni sindrom 168, 170

fobija 34, 89, 90, 93, 94

hospitalizacija 23, 115, 118, 130, 144, 145, 185, 187

incidenca 34, 44, 115, 147, 251, 252, 253, 257

intervenca / intervencija 13, 37, 40, 56, 80, 95, 136, 147, 171, 172, 175, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 239, 240, 241

javno zdravje 9, 11, 12, 15, 19, 26, 27

kajenje 22, 53, 54, 91, 148, 165, 166, 167, 174, 175, 182

kognitivno-vedenjska terapija 40, 41, 42, 43, 95, 97, 111, 112, 136, 189, 191, 240

kortizol 37, 90, 91, 92, 115, 238, 240, 255

laktacija 35, 70, 98, 109, 197, 204, 214, 215, 217, 220, 221, 224, 225, 226, 227

materinska knjižica 26, 39, 77, 81

materinstvo 12, 13, 19, 35, 42, 61, 63, 64, 65, 69, 70, 72, 84, 229, 252

maternalna smrt / maternalna umrljivost 11, 24, 25

motivacijski intervju 41, 95, 167, 172, 188, 189, 190, 191

motnje hranjenja 13, 34, 35, 53, 61, 62, 73, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 130, 136, 185

nasilje

nad ženskami 12, 24, 38, 39, 49, 50, 52, 57, 80, 84, 235

psihično 20, 50, 51, 55, 65

spolno 20, 50, 51, 52, 53, 54, 61, 730

s strani intimnega partnerja / partnersko nasilje 20, 50, 54, 56, 225

telesno / fizično 50, 51, 52, 54, 55, 65, 167

v domačem okolju/družini 19, 20, 78, 83, 167, 250, 253, 257

navezanost 233, 234, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 250

neenakosti 19, 27, 79, 239

nefarmakološko zdravljenje 14, 41, 42, 136, 186, 191

neonatalna umrljivost (gl. umrljivost novorojenčkov) 23, 24, 118, 145, 148, 184

neonatalni abstinencijski sindrom 184, 185

neplodnost 19, 21, 144

novorojenček 9, 14, 23, 69, 71, 79, 82, 83, 84, 89, 93, 94, 97, 118, 131, 132, 135, 136, 145, 146, 148, 156, 165, 166, 169, 181, 184, 185, 186, 187, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 210, 212, 219, 253, 255, 256

obsesivno-kompulzivna motnja 13, 33, 34, 89, 93, 96, 106, 112, 157

oče / očetovstvo 9, 21, 43, 78, 82, 83, 115

odvisnost od alkohola 22, 39, 168, 171, 172, 174

otročstvo 19, 35, 54, 55, 61, 64, 65, 69, 72, 77, 89, 91, 92, 106, 146, 233, 250

partnerstvo / partnerski odnos / razmerje / zveza 19, 26, 36, 50, 56, 61, 78, 85, 90, 143, 233, 253

partnerski terapevt / partnerska terapija 43, 121, 122

perinatalna smrt / perinatalna umrljivost 24, 54, 118

perinatalni izid 73, 40

perinatalni informacijski sistem / NPIS / PIS 20, 21, 22, 24, 39, 170

plodnost / neplodnost 19, 21, 129, 133, 143, 144

poporodna psihoza 13, 25, 31, 32, 34, 97, 130, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 220, 224

posvojitev 78, 82, 85

prehrana 62, 63, 91, 105, 109, 110, 111, 112, 117, 120, 121, 122, 145, 237

presejanje

za alkohol 105, 171, 172, 175

za depresijo / duševne motnje 11, 26, 37, 38, 44, 250

za kajenje 105, 107, 175

za nasilje 12, 55, 56

za pas 12, 187, 188, 189, 190, 192

za odvisnosti 39

prevalenca

anksioznih motenj 13, 89, 90, 92, 93

bipolarne motnje 129

motenj hranjenja 110, 115

nasilja v družini 50

obsesivno kompulzivnih motenj 13, 96

pas 181, 182, 183

perinatalne / obporodne depresije 11, 32, 120

perinatalnih psihoz 13, 34, 155

posttravmatske stresne motnje 94

shizofrenije 144

preventiva 12, 21, 25, 26, 27, 37, 43, 44, 55, 57, 85, 111, 113, 130, 145, 171, 175, 188, 192, 241

prikrajšanost 19, 24, 79, 80, 249
priprava na porod in starševstvo 21, 34, 64, 71
prognoza 10, 160
psihofarmaki 40, 130, 131, 197-230
psihosocialni dejavniki / spremenljivke / spremembe / stresorji /
funkcioniranje / intervence 31, 37, 40, 82, 89, 94, 114, 130, 146, 150, 167, 191, 230,
 240, 241
psihosocialna obravnava 12, 82, 167, 191
psihoterapija / psihoterapevtska pomoč / psihoterapevtska obravnava /
psihoterapevtske intervence / psihoterapevtske tehnike 15, 31, 41, 42, 43, 44,
 62, 95, 98, 111, 112, 122, 130, 239

raba alkohola 91, 164, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 182
 odvisnost od alkohola 22, 39, 168, 171, 172, 174, 175, 249
 tvegano pitje alkohola 113, 168, 169, 172, 188
 zloraba alkohola 53, 54, 230
ranljivost, ranljiva skupina 14, 15, 25, 26, 27, 39, 41, 61, 67, 68, 71, 73, 78, 79, 85,
 93, 115, 116, 175, 181, 192, 198, 247, 248, 249, 257
razvojno obdobje 43, 53, 237, 250
relaps 13, 90, 92, 93, 96, 106, 111, 113, 115, 116, 122, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135,
 136, 143, 144, 145, 147, 159, 197, 198, 204, 208
reproduktivno obdobje 12, 56, 122, 129, 143, 170, 174
reproduktivno zdravje 25, 52, 57, 77, 191, 251
rodna doba 13, 20, 24, 98, 105, 130, 133, 165, 171

samomor, samomorilne misli, samomorilnost, samomorilna ogroženost 11,
 25, 31, 37, 43, 52, 54, 129, 131, 133, 145, 156, 158, 181, 248, 249, 250
shizofrenija 13, 34, 143-148, 155, 156, 182, 204
socialna mreža 20, 79, 80, 81, 83, 85, 145
socialna stiska 12, 77-87, 146
socialne determinante 79
socialno ekonomski status 19, 35, 36, 50, 77, 78, 79, 80, 82, 94, 146, 148, 233, 249,
 251, 254
socialno varstvo 77-87
spolna zloraba 12, 35, 53, 61-73, 89, 94, 120

spolno nasilje 12, 20, 49, 50, 52, 55, 83

spontani splav 19, 20, 21, , 23, 53, 54, 84, 89, 91, 96, 117, 130, 148, 184, 191, 204, 208

starševstvo 9, 21, 31, 43, 64, 71, 77, 79, 80, 143, 146, 148, 183, 240

stigma, stigmatizacija, stigmatiziranost 14, 26, 57, 122, 143, 147, 175, 233, 241

telesna teža / telesna masa 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 130, 145, 148, 168, 181, 183, 215

umrljivost novorojenčkov (gl. tudi neonatalna umrljivost) 23, 24, 118, 145, 148, 184

zapleti

metabolni 108, 144

neonatalni zaradi duševnih motenj 145, 146

potencialni pri terapiji 204, 208, 210, 211, 214

pri motnjah hranjenja 105, 106, 107, 108, 118

v nosečnosti, po porodu 22, 35, 52, 53, 54, 133, 201, 245

zdravstveno varstvo 11, 12, 19, 20, 24, 61, 78, 84, 251, 257



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST