

Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem
društvu

Izdano v okviru programa "Pomoč ranljivim skupinam nosečnic
in mater", ki ga financira Ministrstvo za zdravje

Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju

(priročnik za zdravstvene delavce)

Ljubljana

marec 2018

Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju
(priročnik za zdravstvene delavce)

Urednica: doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, spec. klin. psih.

Recenzentka: doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.

Lektorica: Barbara Frelih

Oblikovanje: dr. Ivan Verdenik, univ. dipl. ing.

Izdajatelj: Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem
zdravniškem društvu

Tisk: Tiskarna Iziprint

Število izvodov: 1000

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

618.2/.7(035)

PREPOZNAVANJE ranljivih skupin žensk v
obporodnem obdobju : priročnik za zdravstvene delavce
/ [urednica Vislava Globevnik Velikonja]. - Ljubljana
: Združenje za perinatalno medicino SZD, 2018

ISBN 978-961-6484-20-6
1. Globevnik Velikonja, Vislava
293760512

Kazalo

Avtorji	V
Beseda recenzentke	VII
Nataša Tul Mandič	
Predgovor.....	IX
Vislava Globevnik Velikonja	
Podpora ranljivim nosečnicam in materam: V dobro žensk, otrok, družin in družbe	1
Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič, Zalka Drglin	
Psihiatrične motnje v nosečnosti in po porodu	13
Tea Terzić, Petra Jelenko Roth	
Psihotropna zdravila v nosečnosti in po porodu	27
Tea Terzić, Petra Jelenko Roth	
Varnost psihotropnih zdravil za nosečnico, plod in novorojenca	37
Ksenija Geršak	
Obporodna depresija.....	50
Vislava Globevnik Velikonja	
Vpliv navezanosti na razvoj in zdravje otroka in matere.....	64
Nina Curk Fišer, Maja Drobnič Radobuljac	
Odvisnost od alkohola in nikotina v nosečnosti	78
Maja Rus Makovec, Marijana Vidmar Šimic	

Nosečnost in odvisnost od prepovedanih drog.....	92
Andrej Kastelic, Vesna Mejak	
Nasilje in nosečnost.....	114
Tanja Premru-Sršen, Miha Lučovnik	
Kompleksnost nasilja v družini, prijavna dolžnost strokovnih delavcev v zdravstvu in sodelovanje v strokovni mreži pomoči	122
Anton Toni Klančnik	
Sodelovanje Centrov za socialno delo in zdravstva pri obravnavi rizičnih skupin nosečnic.....	148
Ružica Petrovič, Liljana Dreu	
Priporočila za izvajanje presejalnih testov	163
Megie Krajnc, Marjana Vidmar, Tanja premru Sršen, Vislava Globevnik Velikonja	

Avtorji

Nina Curk Fišer, dr. med., specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Liljana Dreu, univ. dipl. soc. del., , Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Dr. Zalka Drglin, prof. ped., višja predavateljica, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Doc. dr. Maja Drobnič Radobuljac, dr. med, specialistka otroške in mladostniške psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Prof. dr. Ksenija Geršak, dr. med, specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., specialistka klinične psihologije, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Petra Jelenko Roth, dr. med, specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Doc. dr. Andrej Kastelic, dr. med, specialist psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Megie Krajnc, mag. psih., Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Doc. dr. Miha Lučovnik, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med., specialistka javnega zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ružica Petrovič, univ. dipl. soc. del. , Center za socialno delo Maribor

Doc. dr. Tanja Premru-Sršen, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med. , specialistka psihiatrije, svetnica, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

As. dr. Tea Terzić, dr. med, specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Sonja Tomšič, dr. med., specialistka javnega zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Mag. Anton Toni Klančnik, višji kriminalistični inšpektor, specialist, Policija, Uprava kriminalistične policije Generalna policijska urpava

Doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Marijana Vidmar Šimic, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Beseda recenzentke

Nataša Tul Mandić

Cenjeni bralci,

po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje stanje telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali nepravilnosti. V zadnjem stoletju je v našem delu sveta razvoj medicine in družbe pomembno prispeval k izboljšanju splošnega blagostanja ter kakovostnejšemu in daljšemu življenju. Žal pa razvoj ni izboljšal vseh vidikov zdravja in življenja ter je prinesel tudi temne plati. Precej je še premalo raziskanih področij, ki se morda celo krepijo in slabšajo zdravje populacije. To so zanesljivo področja nasilja in odvisnosti vseh vrst.

Družinsko nasilje in negativni vedenjski vzorci se vlečejo iz roda v rod ter škodujejo vsem, obenem pa vplivajo na telesno in predvsem duševno zdravje. Sprenevedanje žrtvam ne pomaga in se prepogosto kot bumerang vrne v družbo ter lahko zadene kogarkoli. Presekati začaran krog in omogočiti bolj zdrav razvoj za posameznike in posledično družbo je postal pomemben cilj osveščene javnosti. Strokovnjaki, ki

so sodelovali pri nastajanju zbornika, se zavedajo raznolikosti in razširjenosti problema. Njihovo delo je v Sloveniji pionirsko na področju obravnave ranljivih skupin v rodnem obdobju. Priročnik nazorno in izčrpno predstavlja probleme nasilja, odvisnosti in duševnih bolezni ter bralca opremlja z orodji, s katerimi bomo te težave lažje prepoznali ter omilili ali celo preprečili v dobro te in prihodnjih generacij ter celotne družbe.

Strokovnjakom in urednici čestitam za njihovo delo, bralcem pa želim, da bi v pričujočem zborniku našli koristne nasvete za svoje delo. Vsem želim veliko uspehov, miru in sreče.

Predgovor

Vislava Globevnik Velikonja, urednica

Priročnik obravnava probleme, povezane z duševnim zdravjem ženske na prehodu v starševstvo. Pojasni nujnost ustreznega presejanja za najpogostejše psihične motnje v obporodnem obdobju, odvisnosti ter nasilje, ustrezno diagnostiko in terapijo, pa tudi ustrezno psihološko in socialno pomoč ženski, ki se je znašla v stiski. Izsledki in navedena dejstva temeljijo na z dokazi podprti teoriji in praksi, ki črpa iz različnih teoretskih izhodišč. Upošteva nekatere zakonske okvire obravnave nasilja in prijavno dolžnost zdravnika, pristojnosti Centrov za socialno delo pri delu s socialno ogroženimi nosečnicami in materami. Predvsem pa se zgleduje po smernicah EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) in NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence), ki priporočajo, da zdravniki na ginekoloških pregledih povprašajo vse ženske o zgodovini njihovega duševnega zdravja.

Strokovni konsenz, da je v Sloveniji napočil čas, da tudi v somatski medicini pogosto zanemarjene, prezrte in podcenjene psihične motnje sistematično prepoznavamo in obravnavamo na celostni način, je

znak dozorevanja stališč, večanja znanja in ozaveščenosti o pomenu biološkega, psihološkega in socialnega blagostanja, ki opredeljuje sodobno definicijo zdravja. Ministrstvo za zdravje je v letih 2017–2019 finančno podprlo program »Pomoč ranljivim skupinam nosečnic in mater«, ki poteka pod okriljem Združenja za perinatalno medicino in Kliničnega oddelka za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani. Znotraj programa bomo v okviru projekta PODN (Prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja) izobrazili zdravstvene delavce na področju perinatologije za odkrivanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju.

Psihične motnje v nosečnosti so pogoste, incidence posameznih motenj so znane, vendar jih ne moremo preprosto sešteti, saj gre pogosto za komorbidnost le-teh. Kljub temu ocenjujejo, da vsaj 15 odstotkov žensk v nosečnosti dosega klinične kriterije za vsaj eno od psihičnih motenj. V perinatalnem obdobju se najpogosteje srečujemo z depresijo, anksioznostjo in stresom, paničnimi napadi, obsesivnimi in kompulzivnimi motnjami, potravmatsko stresno motnjo, odvisnostjo od prepovedanih drog, resno psihopatologijo (shizofrenija, bipolarna motnja, druge psihoze ...), motnjami telesne sheme, motnjami hranjenja... Zapleti v nosečnosti, kot so izguba nosečnosti in perinatalna smrt, težave zaradi neplodnosti, tvegana nosečnost in rojstvo visoko rizičnega otroka, lahko vodijo v prilagoditvene in druge psihične motnje. Posebno psihološko obravnavo morajo dobiti tudi mladoletne nosečnice, socialno ogrožene nosečnice, nosečnice v zaporu in žrtve nasilja. Nепrepoznane in neobravnavane psihične motnje imajo škodljive učinke na nosečnico in plod, zato sta učinkovit sistem presejanja za psihične motnje v nosečnosti ter pravočasna in strokovna pomoč znotraj zdravstvenega sistema ključnega pomena.

Cilj ustrezne obravnave ni zgolj izboljšanje psihičnega zdravja nosečnice, vseskozi moramo imeti v mislih tudi dobrobit ploda in kasneje otroka ter zdravje cele družine. Zavedati se moramo transgeneracijskega prenosa psihopatologije v družini. Preventiva težav v tem ranljivem razvojnem obdobju družine je izjemnega pomena. Multidiscipli-

narni pristop (ginekolog, medicinska sestra, babica, psiholog, psihiatra, socialni delavec, pediater, patronažna sestra ...) je nujen, prav tako je pomembno široko psihoterapevtsko znanje za strokovno in prilagojeno obravnavo psihičnih motenj v času nosečnosti in dojenja.

Ustrezni preventivni programi, presejanje za najpogostejše psihične motnje v perinatalnem obdobju, diagnostika in zdravljenje le-teh v nosečnosti so temeljnega pomena za izboljšanje duševnega zdravja žensk, njihovih otrok in družin. Klinično psihološka 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 znotraj ginekološke mreže prepoznanim ženskam s psihičnimi težavami. Nacionalni inštitut za javno zdravje vzporedno z našim projektom vzpostavlja in širi mrežo omenjenih strokovnjakov ter načrtuje njihovo dodatno izobraževanje za delo z ženskami v perinatalnem obdobju.

Prepričana sem, da bodo naša skupna prizadevanja obrodila sadove.

Podpora ranljivim nosečnicam in materam: V dobro žensk, otrok, družin in družbe

Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič, Zalka Drglin

Uvod

Prehod v materinstvo

Nosečnost, porod in materinstvo v najzgodnejšem obdobju otrokovega življenja so del pomembnega življenjskega prehoda, ko se ženska srečuje s posebnimi telesnimi in duševnimi izzivi: spreminjajo se njeno telo, zdravstveno stanje, biokemično ravnovesje, samopodoba, socialna vloga, razmerja v partnerstvu in družini, potek kariere ...

Ženske postajajo matere v najrazličnejših življenjskih okoliščinah. Optimalne okoliščine, kot so kakovosten partnerski odnos, finančna in materialna varnost, plačana zaposlitev, čvrsta socialna mreža, olajšujejo materinstvo. Na drugi strani pa lahko določene okoliščine materinstvo močno otežujejo: revščina, nasilje, pomanjkljiva socialna

varnost, brezposelnost, rojstvo hudo bolnega otroka ali otroka s posebnimi potrebami ...

Za materinstvo so pomembni tudi materino stanje in notranji pogoji: dobro telesno in duševno zdravje, zaželena nosečnost, osebnostne lastnosti, izkušnje, miselni in vedenjski vzorci ter spretnosti, ki so potrebni za starševstvo. Večje zdravstvene težave ženske, raznovrstne prikrajšanosti, kot je duševna manjrazvitost, posebne potrebe žensk (slepe, slabovidne, gibalno ovirane ...), zasvojenosti, posledice nasilja in zlorab bistveno zaznamujejo prehod v materinstvo.

V prispevku želimo opozoriti na nekaj pomembnejših determinant, ki poleg ožjih zdravstvenih dejavnikov vplivajo na zdravje nosečih žensk, izid nosečnosti ter pozneje tudi na zdravje in razvoj otroka.

Socialno-ekonomski položaj in zdravje v nosečnosti

V Sloveniji so še vedno prisotne pomembne razlike v zdravju mater in novorojenčkov glede na socialni položaj matere. Pri ženskah z nižjim socialno-ekonomskim položajem so večkrat prisotni dejavniki tveganja, poleg tega tudi pogosteje niso uporabnice zdravstvenih storitev oz. jih uporabljajo v manjši meri. Morda je to posledica slabše dostopnosti zdravstvenih storitev, manjše ozaveščenosti oz. še drugih dejavnikov. Znano je, da imajo ženske iz nižjih socialnih slojev bolj kompleksne potrebe in da prav ta skupina žensk pogosto ne dobi ustrezne oskrbe niti takrat, ko jo išče.

Kako različne življenjske okoliščine vplivajo na življenjski slog v nosečnosti, dostopnost in koriščenje zdravstvenih storitev ter izid nosečnosti, lahko prikažemo na primeru socialno-ekonomskega položaja matere, merjenega z doseženo stopnjo izobrazbe.

V Sloveniji ima nosečnica pravico do desetih preventivnih pregledov in dveh preventivnih ultrazvočnih preiskav. Prav tako imajo nosečnice in bodoči očetje pravico do brezplačne priprave na porod in starševstvo (t. i. Šola za bodoče starše). Večina nosečnic prihaja na preglede

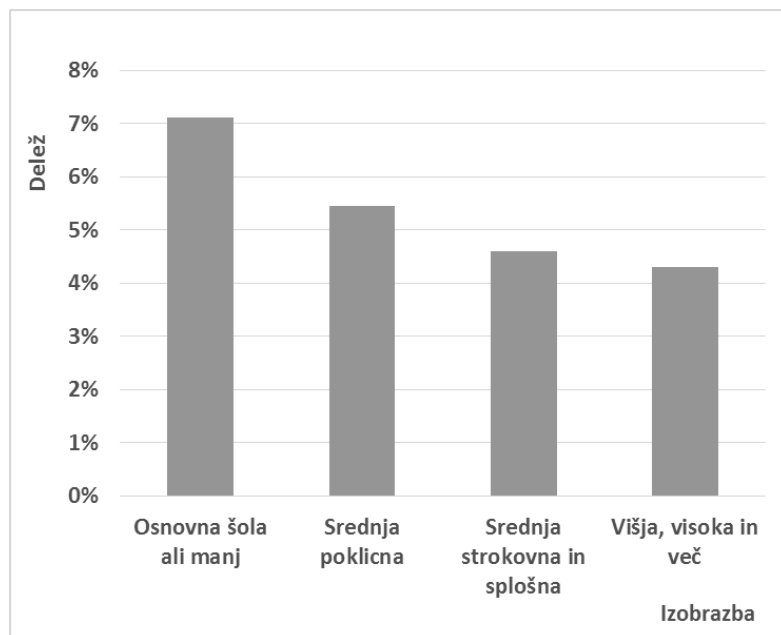
redno že od zgodnje nosečnosti, nekatere nosečnice pa vso nosečnost na pregled sploh ne pridejo ali pa zdravnika prvič obiščejo pozno v nosečnosti. Po podatkih Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema RS (NPIS) je bilo v obdobju 2012–2014 tveganje, da nosečnica ni hodila na preventivne preglede, v skupini najmanj izobrazjenih žensk kar 20-krat večje kot v skupini najbolj izobrazjenih žensk. Še večje razlike so bile v deležih nosečnic, ki so prišle prvič na pregled šele po 24. tednu nosečnosti. Takšnih je bilo v skupini najbolj izobrazjenih žensk le 0,24 odstotka, v skupini najmanj izobrazjenih pa dobrih 6 odstotkov. V večji meri so prišle pozno na prvi pregled v nosečnosti tudi ženske, ki niso bile rojene v Sloveniji.

Podobno so se tudi priprav na porod in starševstvo v veliki meri (več kot 90 odstotkov) udeležile izobražene ženske, medtem ko je bila udeležba pri najmanj izobrazjenih ženskah (manj kot 50 odstotkov) in ženskah, ki niso bile rojene v Sloveniji, bistveno slabša.

Kajenje je znan dejavnik tveganja, ki vpliva na rast in razvoj otroka, in je povezano s prezgodnjim porodom, nizko porodno težo in drugimi zapleti v nosečnosti. V nosečnosti je kadilo 11 odstotkov žensk, med ženskami, mlajšimi od 25 let, je bilo kadilk dvakrat več kot med ženskami po 25. letu. Še večje pa so bile razlike med ženskami iz različnih izobrazbenih skupin. V nosečnosti je kadilo 4 odstotke žensk s terciarno izobrazbo in kar 29 odstotkov žensk z osnovnošolsko izobrazbo ali manj.

Prezgodnji porod in nizka porodna teža (teža pod 2500 grami) sta v razvitem svetu med najpomembnejšimi vzroki obolevnosti in umrljivosti novorojenčkov. V Sloveniji je bilo v obdobju 2012–2014 prezgodaj rojenih 5,8 odstotka enojčkov in 4,6 odstotka enojčkov z nizko porodno težo. Pri ženskah iz najnižje izobrazbene skupine je bilo tveganje za prezgodnji porod v povprečju za 27 odstotkov višje, po 35. letu starosti pa za 51 odstotkov višje kot pri ženskah iz najvišje izobrazbene skupine. Tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo je

bilo pri ženskah iz najnižje izobrazbene skupine v povprečju za 66 odstotkov višje (slika 1).



Slika 1. Delež enojčkov z nizko porodno težo glede na izobrazbo matere, Slovenija 2012–2014. Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, NPIS

Duševno zdravje v obporodnem obdobju

Posebno ranljiva skupina so v nosečnosti tudi ženske s težavami v duševnem zdravju. Duševno zdravje je stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja (1). Duševno zdravje je integralni del celovitega zdravja, ki vključuje še fizično in socialno zdravje (2). Zdravja ne razumemo le negativno – kot odsotnost simptomov ali bolezni, ampak tudi pozitivno – kot dobro počutje, zadovoljstvo, dobro samopodobo, optimizem, sposobnost zaznavanja, razumevanja, interpretacije in prilagajanja okolju, uspešno spoprijemanje s težavami, vseobsegajočo blaginjo in tudi kot način življenja (2–3).

Duševne motnje so pogoste in lahko dolgotrajne. Ocenjuje se, da se najpogostejše med njimi, kot so depresija, anksioznost in somatoformne (psihosomatske) motnje, občasno pojavljajo pri skoraj tretjini prebivalstva (4). Stopnje pojavljanja duševnih motenj so med moškimi in ženskami podobne, obstajajo pa pomembne razlike v razporeditvi in simptomih duševnih motenj med spoloma. Prav pri najpogostejših duševnih motnjah so razlike med spoloma največje. V odrasli dobi je prevalenca depresije in anksioznosti precej višja pri ženskah, medtem ko sta zloraba psihoaktivnih snovi in antisocialno vedenje pogostejša pri moških. Pri ženskah je pogostejši pojav več kot ene duševne motnje hkrati, kar je povezano s težjim potekom, večjo oviranostjo in večjo uporabo zdravstvenih storitev (5).

Reproduktivno zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, to ni zgolj odsotnost bolezni ali nemoči v vseh pogledih, ki se nanašajo na reproduktivni sistem, njegove funkcije in procese. Z drugimi besedami, to pomeni, da imajo ljudje možnost zadovoljujočega in varnega spolnega življenja in sposobnost imeti potomce ter svobodo odločanja o tem, koliko in kdaj jih bodo imeli (6). Čeprav definicija reproduktivnega zdravja vključuje tudi komponento duševnega zdravja, se temu vidiku ne posveča zadostna pozornost in se na duševno zdravje v sklopu reproduktivnega zdravja pogosto gleda kot na poseben privilegij (4).

V življenju sta duševno in reproduktivno zdravje med seboj tesno povezana, tudi v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Duševne motnje v obporodnem obdobju pomembno vplivajo na potek nosečnosti in poroda ter na otrokov zgodnji in kasnejši razvoj.

Najpogostejši duševni motnji v povezavi z obporodnim obdobjem sta depresija in anksioznost, redkejša pa je poporodna psihoza. Po ocenah epidemioloških raziskav iz Slovenije in tujine bi na letni ravni med vsemi nosečnicami in porodnicami v Sloveniji pričakovali, da se samo z depresijo srečuje okoli 4.000 žensk, od tega vsaka četrta v hujši obliki (4, 7–13).

Duševno in reproduktivno zdravje se prepletata v številnih situacijah, od načrtovanja družine oz. uravnavanja rodnosti, prek nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja vse do menopavze. Na duševno zdravje vplivajo tudi številni neželeni dogodki v povezavi z reproduktivno vlogo žensk, od nenačrtovane nosečnosti, zapletov v nosečnosti, kot so spontani splav ali mrtvorojen otrok, neplodnost, bolezni, operacije oz. odstranitve spolnih organov, spolno prenosljive okužbe, do izpostavljenosti nasilju, vključno s spolnim in psihičnim nasiljem (4, 14).

Ob tem bi radi posebej opozorili, da je povezava med duševnim in reproduktivnim zdravjem žensk še vedno premalo prepoznana in priznana, tako med zdravstvenimi delavci kot v celotni družbi (15).

Dokazano je, da ima duševno zdravje ženske pomemben vpliv na potek nosečnosti, poroda in poznejši razvoj otroka (4). V nosečnosti ženske z duševnimi motnjami pogosteje manj skrbijo zase, neredno hodijo na preventivne preglede, zlorablajo psihoaktivne snovi, njihov življenjski slog je manj zdrav, kar neposredno in posredno vpliva na razvoj otroka v maternici.

Dokazano je, da je pri nosečnicah z duševnimi motnjami večje tveganje za mrtvorojenost, prezgodnji porod, več je zapletov pri porodu, večje je tveganje za nizko porodno težo otroka. Po porodu so pogostejše težave pri dojenju.

Po porodu matere z nezdravljeno duševno motnjo težje navezujejo stik z otrokom, kar vpliva na čustveni, kognitivni in umski razvoj otroka, kratkoročno in dolgoročno, in daje tem motnjam še posebno težo in velik javnozdravstveni pomen (4, 16–17).

Duševne motnje v nosečnosti in po porodu so breme tudi za širšo družino; to se lahko odraža kot težave v partnerskem odnosu in tudi poveča verjetnost za razvoj duševne motnje pri partnerju (18). Težave v partnerskem odnosu ne vplivajo le na fizično in psihično zdravje, temveč lahko pomembno vplivajo tudi na socialno-ekonomski položaj

(9). Slabo duševno zdravje v nosečnosti je lahko povezano tudi z odsotnostjo podpore partnerja ali s težavami v partnerski zvezi.

Z ustrezno in pravočasno obravnavo lahko duševne težave matere preprečimo ali obvladamo ter ob izboljšanju njenega zdravja (počutja) tudi preprečimo številne negativne vplive na otroka in širšo okolico (16, 19–21).

Dosedanji ukrepi za prepoznavanje in obravnavo duševnih motenj v obporodnem obdobju v Sloveniji so se izkazali kot pomanjkljivi. To kaže tudi poročilo Delovne skupine za proučevanje maternalne umrljivosti, ki je ugotovila, da je v Sloveniji samomor, ki je vsaj v 90 odstotkih povezan z duševnimi motnjami, predstavlja pa le vrh ledene gore, med najpogostejšimi vzroki maternalne umrljivosti (22). Ti podatki nakazujejo obsežnost problematike, povezane z duševnim zdravjem v obporodnem obdobju.

Ključne težave, ki so še posebej izstopale pri posameznih primerih maternalnih smrti v Sloveniji, so bile predvsem posledica pomanjkljivega prepoznavanja duševne stiske oz. neustrezne ocene resnosti duševnih težav, pomanjkljive komunikacije med ginekologi in psihiatri oz. drugimi strokovnjaki ter pomanjkljivega predajanja informacij med porodnišnico in patronažno službo. Ugotovitve študije posameznih primerov maternalnih smrti v Sloveniji so bile, da bi z ustreznimi ukrepi morda katero izmed njim podobnih maternalnih smrti lahko v prihodnje preprečili (22).

V obporodnem obdobju ne smemo pozabiti tudi na bolezní odvisnosti. Po podatkih NPIS za obdobje 2014–2016 v Sloveniji letno rodi okoli 40 žensk s prepoznano bolezníjo odvisnosti od alkohola, okoli 90 žensk pa ima v anamnezi zabeleženo odvisnost od nedovoljenih drog. Ti podatki najverjetneje še podcenjujejo resnični obseg problematike. Podatkov o drugih oblikah odvisnosti v NPIS ni, smo pa v zadnjem desetletju zabeležili primer maternalne smrti ženske z odvisnostjo od psihotropnih zdravil.

Druge ranljive skupine

V Slovenijo se po podatkih Statističnega urada (www.stat.si) v zadnjih letih letno priseli okoli 4.000 žensk, starejših od 15 let. Kar 89 odstotkov priseljenih žensk je v rodni dobi, njihova izobrazbena struktura pa je mnogo slabša od izobrazbene strukture prebivalk Slovenije. Največ (43 odstotkov) jih ima le osnovnošolsko izobrazbo in manj kot vsaka peta terciarno izobrazbo, kar še dodatno vpliva na njihovo ranljivost. Strokovnjaki, ki delujejo v porodnišnicah in patronažni zdravstveni negi, so posebej opozorili na dejstvo, da ženske večkrat prihajajo v Slovenijo že visoko noseče, le kakšen mesec ali dva pred porodom, in tako tudi niso vključene v naš program predporodnega zdravstvenega varstva ter priprave na porod in starševstvo (Šolo za bodoče starše). Velik problem so tudi kulturne in jezikovne pregrade.

Nasilju s strani intimnega partnerja in drugim oblikam nasilja v družini so izpostavljene tudi noseče ženske in ženske po porodu. V tem obdobju se lahko nasilje celo stopnjuje. Izpostavljenost nasilju ima za ženske tako fizične kot psihične posledice. Ženske, žrtve nasilja, imajo večje tveganje za spontani splav, rojstvo mrtvega otroka, prezgodnji porod in nizko porodno težo otroka. Povečano je tudi tveganje za razvoj različnih duševnih motenj, od anksioznosti in depresije do bolezni odvisnosti. Posledice nasilja se z ženske prenašajo na otroke in druge družinske člane in so lahko dolgotrajne.

Kot posebej ogroženo skupino moramo izpostaviti tudi Rominje, ki so bolj ogrožene za nenačrtovane in mladostniške nosečnosti, slabše koriščenje zdravstvenega varstva in prisotnost tveganih vedenj, kot je kajenje v nosečnosti.

Zaključek

V času nosečnosti in po porodu je ženska v pogostih stikih z zdravstveno službo, kar daje številne priložnosti za zgodnje odkrivanje težav v duševnem zdravju in drugih ranljivosti. Kljub številnim stikom žen-

ske v obdobju nosečnosti in po porodu z različnimi zdravstvenimi strokovnjaki je duševno zdravje – glede na nekatere epidemiološke podatke – eno od področij, ki se mu trenutno v Sloveniji še ne posveča dovolj pozornosti. Podobno velja tudi za prepoznavanje drugih oblik ranljivosti.

V Sloveniji imamo dobro urejeno zdravstveno varstvo za nosečnice, a se duševne motnje v času nosečnosti, kljub prisotnim orodjem v sklopu veljavne materinske knjižice, ki je del osnovne dokumentacije nosečnice, ne odkrivajo v zadostni meri (23–24). Vzroke za nezadostno posvečanje omenjeni problematiki gre iskati na različnih ravneh: stigmatizacija duševnih motenj med splošno javnostjo je visoka, osveščenost o možnih težavah z duševnim zdravjem v obporodnem obdobju pa nizka, prav tako je osveščenost zdravstvenih delavcev o povezavi med duševnimi motnjami in obporodnim zdravjem še prenizka. Še vedno ginekologi na primarni ravni pogosto ne pristopajo dovolj aktivno k iskanju ogroženih žensk, nekateri predpostavljajo, da bodo ženske z duševnimi težavami same opozorile na težave in iskale rešitve. Med zdravniki, ki prihajajo v stik z ženskami z duševnimi težavami v obporodnem obdobju, je prisotna ovira glede nadaljnjega usmerjanja teh žensk, ki je povezana tudi z majhnim številom kliničnih psihologov in psihiatrov, ki bi se poglobljeno ukvarjali s to problematiko, prav tako je pomanjkljivo komuniciranje med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki (22).

Za boljšo obravnavo bi potrebovali povečano osveščenost splošne in strokovne javnosti, aktivno iskanje žensk z večjim tveganjem in zgodnje odkrivanje duševnih težav, poglobljeno sodelovanje strokovnjakov, razvoj enotnih sodobnih strokovnih smernic in dobro dostopnost do zdravstvenega varstva za vse ženske (22).

Strokovnjaki predlagajo, da je najučinkovitejši pristop k temu kompleksnemu področju s ciljem zmanjševanja bremena, povezanega z duševnimi motnjami v obporodnem obdobju, celovit program za duševne motnje v obporodnem obdobju (16, 19–21, 25). Nekatere

države že uporabljajo take programe, ključno je celovito naslavljanje problematike na različnih ravneh znotraj zdravstva in zunaj njega z multidisciplinarnim pristopom (16, 19–21). Primeri dobrih praks iz tujine so za nas lahko dodatna spodbuda za oblikovanje in uvedbo programa za učinkovitejše odkrivanje oz. prepoznavo in nadaljnjo obravnavo duševnih težav v obporodnem obdobju, ki bo tako bolj celovito naslavljal duševne težave v obporodnem obdobju v Sloveniji. Z učinkovitejšim reševanjem te problematike lahko zmanjšamo veliko breme, ki ga predstavljajo duševne motnje v obporodnem obdobju za mater, otroka, ožjo in širšo okolico ter družbo kot celoto, tako kratkoročno kot dolgoročno. Naš skupni cilj je oblikovati in uresničevati celovit program za duševne motnje v obporodnem obdobju.

Za ranljive skupine bi bilo treba v Sloveniji razvijati posebne, njim prilagojene pristope promocije spolnega in reproduktivnega zdravja. Prizadevati si moramo torej za krepitev prepoznavanja ranljivih žensk v obporodnem obdobju z oblikovanjem in uvajanjem algoritma prepoznavanja, usmerjanja, pomoči, zdravljenja za specifične ranljivosti žensk v obporodnem obdobju (še posebej pri posameznih stikih različnih zdravstvenih strokovnjakov z ženskami v poporodnem obdobju); uvesti presejanje glede depresije v nosečnosti in po rojstvu otroka; izgraditi mrežo pomoči tudi z dostopnim seznamom pomoči in zdravljenja z informacijami npr. o kliničnih psihologih in psihiatrih, ki se še posebej posvečajo obporodnim stiskam žensk ter za krepitev informiranja in osveščanja javnosti ter zdravstvenih strokovnjakov. Eden takih primerov je spletna stran www.zdaj.net, kjer so ženskam v obporodnem obdobju med drugim na voljo informacije o duševnem zdravju, imajo pa tudi možnost, da izpolnijo spletno različico presejalnega testa za obporodno depresijo in glede na dosežen rezultat prejmejo ustrezen nasvet in usmeritev.

Z vidika zdravja in dobrobiti družine je obporodno obdobje ključen čas v življenju otroka, matere in očeta. Če želimo zagotavljati res celovito zdravstveno oskrbo žensk v obporodnem obdobju, je nujno uvesti spremembe na področju občutljivosti, odkrivanja in zdravljenja

duševnih motenj in drugih ranljivosti, sicer zamujamo priložnosti, da bi ženskam zagotovili ustrezno pomoč ter s tem kratkoročno in dolgoročno vplivali na izboljšanje njihovega zdravja in zdravja njihovih otrok oz. celotne družbe.

Literatura

1. Zakon o duševnem zdravju. UL 77/2008.
2. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion International, 1986. 1(4): iii–v.
3. Kamin T, Jeriček Klanšček H, eds. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
4. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.
5. World Health Organization. Gender and Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2002. Dostopno na: www.who.int/ender/other_health/en/genderMH.pdf.
6. UNFPA. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 Sep 1994. New York, United Nations Population Fund.
7. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 1993; 163: 27–31.
8. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. International Review of Psychiatry 1996; 8: 37–54.
9. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. Am Fam Physician 1999; 59 (8): 2247–54.
10. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. Med Razgl 2005; 44: 139–145.
11. Ličina M, Jenstrle J, Mlakar M, et al. Incidenca poporodne depresivnosti v povezavi s psihosocialnimi dejavniki. Zdrav vestn 1987; 56: 369–72.
12. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150: 662–73.
13. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. JAMA 2006; 296: 2582–9.
14. Patel V, Oomman NM. Mental health matters too: gynaecological morbidity and depression in South Asia. Reproductive Health Matters 1999; 7: 30–8.
15. Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Breme duševnih bolezni pri ženskah v rodni dobi. In: Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo – strokovni posvet ob svetovnem dnevu duševnega zdravja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009.

16. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE clinical guideline 45. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Great Britain: Alden Press, 2007. Dostopno dne 13. 2. 2013 na: <http://www.nice.org.uk/CG045>.
17. 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.
18. Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 210–6.
19. Perinatal services British Columbia. British Columbia Reproductive Care Program, 2003. Dostopno dne 2. 4. 2013 na: <http://www.bccrp.xplorex.com/Reproductive%20Mental%20Health%20Guidelines.htm>
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 127. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012. Dostopno dne 9. 3. 2013 na: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/127/index.html>.
21. Austin M-P, Highet N and the Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative, 2011. Dostopno dne 20. 3. 2013 na: <http://www.beyondblue.org.au/resources/health-professionals/perinatal-mental-health>.
22. 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).
23. Koprivnik P, Plemenitaš A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? *Zdrav Vestn* 2009; 78: 261–4.
24. Globevnik Velikonja V, Jelenko Roth P, Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Pomen in način zgodnjega odkrivanja obporodne depresije. 5. kongres ginekologov in porodničarjev. Ljubljana, junij 2013.
25. Locicero AK, Weiss DM, Issokson D. Postpartum depression: Proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied Preventive Psychology* 1997; 6: 169–78.

Psihiatrične motnje v nosečnosti in po porodu

Tea Terzić, Petra Jelenko Roth

Uvod

Čas nosečnosti in dojenja je obdobje velikih fizioloških, hormonskih in psiholoških sprememb. V tem obdobju lahko ženska doživi prvo epizodo psihiatrične motnje ali njen ponovni zagon, zato je izrednega pomena njihovo preprečevanje in sistematično presejanje nosečnic. Potrebno je skrbno spremljanje sprememb v duševnem zdravju pri prav vseh ženskah v obdobju nosečnosti in po porodu. Tistim z že znano duševno motnjo v rodnem obdobju (in njihovim partnerjem, če je mogoče) je treba pravočasno dati uporabne in razumljive informacije v zvezi z nosečnostjo in uporabo zdravil, jim po potrebi omogočiti intenzivnejše vodenje v psihiatrični in ginekološki ambulanti in jih zaradi duševne motnje ne stigmatizirati. Če se v tem obdobju psihiatrična motnja pojavi prvič, jo je treba čim prej obravnavati in zdraviti. Pri obravnavi je treba poleg za zdravje ženske skrbeti tudi za varen razvoj ploda. Takšno zdravljenje zahteva razumevanje osnov

psihiatričnih motenj in fizioloških sprememb ter delovanja zdravil v obdobju nosečnosti in po porodu. Razširjena multidisciplinarna obravnava vsekakor pripomore k doseganju ciljev, kar sta zdrava ženska in njen otrok.

Motnje razpoloženja

Poporodna otožnost

Poporodna otožnost se lahko pojavi drugi ali tretji dan po porodu. Ta prehodna čustvena motnja običajno spontano izzveni v nekaj dneh. Doživi jo od 50 do 85 odstotkov žensk. Kaže se kot depresivno ali spremenljivo razpoloženje, ki ga spremljajo jokavost, tesnoba, razdražljivost in občutljivost. Poporodna otožnost sovпада z nižanjem koncentracije hormonov, do katere pride okoli 72 ur po porodu. Farmakološka terapija ni potrebna, zadošča mirno okolje, tolažba in spodbuda.

Depresija

Depresija je najpogostejša motnja pri ženskah v obdobju nosečnosti in po porodu, saj prizadene okrog 15 odstotkov vseh žensk v tem obdobju (1). Z leti vedno bolj razumemo pomen epigenetskih vplivov stresa in depresije na razvoj stresne osi ploda, njegovo rast ter dolgoročne posledice depresije na otrokov razvoj. Nezdravljena depresija v nosečnosti se pogosto nadaljuje tudi po porodu in škodljivo vpliva na ustvarjanje varne navezave med materjo in otrokom, lahko se tudi kronificira. Zato je depresijo v tem obdobju pomembno pravočasno odkriti in zdraviti. Edinburški vprašalnik za depresijo (*angl. Edinburgh depression scale*) je namenjen presejanju za depresijo po porodu, uporablja pa se lahko tudi za presejanje na anksiozne in razpoloženske motnje v nosečnosti. (O prepoznavanju, klinični sliki in nefarmakološkem zdravljenju depresije v posebnem poglavju.)

O uporabi zdravil med nosečnostjo in po porodu ter njihovih neželenih učinkih na mater in plod je vedno več podatkov. Antidepresivi so pri nosečnicah predpisani pogosto, njihova uporaba se povečuje. Predpiše jih psihiater, potem ko oceni težo simptomov, praviloma za zdravljenje zmernih in hudih depresivnih epizod. Več o zdravljenju z zdravili v poglavju o uporabi psihotropnih zdravil.

Anksiozne motnje, obsesivno-kompulzivna motnja in motnje spanja

V nosečnosti je ranljivost za anksiozne motnje povečana zaradi povišane koncentracije metabolitov progesterona in znižane koncentracije serumskega triptofana (2). Zaskrbljenost za potek nosečnosti in poroda je pričakovano pogosta, še posebej izrazita pa je pri ženskah, ki so v preteklosti doživele zaplete v nosečnosti in ob porodu, splav ali prezgodnji porod. Prevalenca anksioznih motenj v nosečnosti se giblje med 13 in 21 odstotkov, po porodu med 11 in 17 odstotkov (3).

Anksiozne motnje v času nosečnosti neugodno vplivajo na zdravje nosečnice, razvoj stresne osi ploda, puerperij in razvoj otroka (4, 5). Najpogostejše posledice so spontani splav, preeklampsija, prezgodnji porod, nizka porodna teža (6). Otroci žensk z močno izraženimi simptomi anksioznosti imajo v primerjavi s splošno populacijo dvakrat večje tveganje za ADHD (*angl. Attention deficit hyperactivity disorder*) (7). Ne nazadnje pa anksioznost v nosečnosti praviloma napoveduje depresijo po porodu (8).

Škodljiv vpliv stresa na potek nosečnosti potrjujejo tudi klinične raziskave. Višja stopnja stresa v nosečnosti vpliva na višjo srčno frekvenco in intenzivnejše gibanje ploda (9), ugotovljen pa je tudi vpliv na vedenjske in čustvene težave pri predšolskih otrocih (10).

Nespečnost je zaradi hormonskih sprememb pogosta v prvem trimesečju nosečnosti. Ponovno je izrazita v tretjem trimesečju zaradi plovovega pritiska na notranje organe in težav zaradi večjega trebuha.

V skupino anksioznih motenj spadajo tiste, katerih vodilni simptom je tesnoba.

- Pri **generalizirani anksiozni motnji** so prisotni nenehna pretirana zaskrbljenost in občutki strahu glede vsakodnevnih dogodkov s simptomi mišične in psihične napetosti, ki povzročajo pomembno stisko in ovirajo delovanje.
- Pri **panični motnji** se pojavljajo panični napadi, ki niso posledica druge telesne ali duševne motnje. Panični napadi se lahko pojavijo večkrat dnevno ali le nekajkrat na leto. V obdobjih med napadi je ves čas prisotna skrb, kdaj se bo pojavil naslednji, pogosto je tudi izogibanje situacijam in prostorom, kjer se je napad že zgodil.
- Pri **fobični motnji** se pojavljajo fobije, ponavljajoči se pretirani psihološki ali vegetativni simptomi anksioznosti, ob pričakovani ali dejanski izpostavljenosti objektu ali okoliščinam, ki se jih oseba zelo boji in se jih izogiba.

Obsesivno-kompulzivna motnja je motnja z obsesijami, ki so ponavljajoče in neprijetne vsiljive misli, podobe, impulzi, ki povzročajo hudo tesnobo, le-to pa si lahko oseba lajša s kompulzijami. Kompulzije so vedenja ali dejanja, ki jih prepozna kot svoja lastna in nesmiselna, a se zelo težko upre njihovem izvajanju. Obsesivne misli so lahko različnih vsebin, po porodu so lahko prisotne misli o poškodovanju otroka, vendar dejanske nevarnosti za otroka ni. Obsesivne misli o poškodovanju otroka je treba ločiti od blodenj, ki so psihotični simptomi in pomenijo nevarnost za otroka.

Anksiozne motnje in obsesivno-kompulzivno motnjo pri nosečnicah je treba zdraviti, najprej z nefarmakološkimi tehnikami. Priporočljiva je vedenjsko-kognitivna psihoterapija, ki je kratkotrajna, učinkovita in v simptome usmerjena oblika psihoterapije, pri kateri ženska ugotovi vzorec svojega nefunkcionalnega razmišljanja, najde dražljaje, ki vodijo v simptome, in spremeni nefunkcionalna vedenja (11). Nefarmako-

loške metode zdravljenja so tudi meditacija, tehnike sproščanja, dihalne vaje in telesna vadba. Zdravljenje z zdravili je običajno potrebno pri zmerno in močno izraženih anksioznih motnjah, pri katerih tesnoba ovira vsakodnevno delovanje. Poudariti je treba, da se med nosečnostjo in dojenjem izogibamo uporabi benzodiazepinov in hipnotikov ter da so antidepressivi učinkovita in dovolj varna zdravila za dolgotrajno zdravljenje anksioznosti in obsesivno-kompulzivne motnje. Več o zdravljenju z zdravili v posebnem poglavju.

Bipolarna motnja razpoloženja

Bipolarna motnja razpoloženja je kronična duševna motnja, ki poteka epizodično z obdobji maničnih in depresivnih faz ter z možnimi vmesnimi fazami remisije, v katerih je funkcioniranje lahko tudi zelo dobro. Manične in depresivne faze so lahko hude in nevarne za bolnika, včasih tudi za druge. Pri ljudeh z bipolarno motnjo je samomorilnost 15-krat višja kot v splošni populaciji. Bipolarno motnjo ima približno odstotek prebivalstva. Gre za težjo duševno motnjo, ki praviloma zahteva dolgoročno zdravljenje z zdravili (12). Lahko se pojavi med nosečnostjo kot ponovitev že obstoječe motnje ali kot nenaden začetek nove bolezni kmalu po porodu, kar se pokaže kot poporodna psihoza. Začetek bipolarne motnje pri ženskah je pogost v obdobju po porodu. V obeh primerih je treba bolezen zdraviti (13). V maničnih fazah lahko ženska nenačrtovano zanosi zaradi tveganega spolnega vedenja. Takrat pogosto začne jemati zdravila po svoje ali pa jih celo preneha jemati. Pri ženskah z bipolarno motnjo predstavlja perinatalno obdobje visoko tveganje za poslabšanje bolezni.

Psihiatrično vodenje bipolarne motnje v nosečnosti je zahtevno, saj tako sama motnja kot njeno zdravljenje pomenita tveganje za zdravje matere in otroka. Pomembno je vzpostaviti dobro sodelovanje med psihiatrom, ginekologom in žensko ter pri izbiri zdravljenja upoštevati tudi njene želje. Med nosečnostjo lahko ponovitev bolezni privede do nevarnega stanja za žensko in plod. Opusti lahko skrb za zdravje,

pravilno prehrano, telesno aktivnost, lahko se pojavijo tesnoba, tvegana vedenja, nespečnost, nemir, psihoza, samomorilnost. Nezdravljena bipolarna motnja je bila v raziskavah povezana s prezgodnjim porodom, nižjo porodno težo in nižjo oceno po Apgarjevi, induciranim porodom, neonatalno mikrocefalijo in hipoglikemijo (14), (15).

Poleg same bolezni je tudi jemanje zdravil v nosečnosti kompleksno in potencialno nevarno (Tabela 1). Večina stabilizatorjev razpoloženja, ki se predpisujejo za zdravljenje bipolarne motnje, je teratogenih, zato jih pri ženskah v rodni dobi čim manj uporabljamo. Pred zanositvijo je smiselno znižati odmerek potencialno teratogenega zdravila ali ga morda zamenjati z varnejšo različico. Nekateri avtorji svetujejo menjavo stabilizatorjev razpoloženja z atipičnimi antipsihotiki, ki se prav tako predpisujejo za zdravljenje bipolarne motnje. V določenih primerih je terapijo s stabilizatorjem razpoloženja treba nadaljevati. Izbira zdravil pri nosečnici z bipolarno motnjo je odvisna od več dejavnikov. Pomembno je trenutno klinično stanje, odziv na terapijo, potek njene bolezni, teža dosedanjih epizod bolezni, prisotnost komorbidnih motenj in stopnja samomorilne ogroženosti.

Pri nosečnicah z bipolarno motnjo je pomembno izogibanje življenjskim stresorjem, vzdrževanje ritma spanja in budnosti, podpora socialnega okolja ter pozornost na zgodnje znake ponovitve bolezni.

Tabela 1. Vodenje ženske z bipolarno motnjo v nosečnosti

- Pri ženskah z bipolarno motnjo je pomembna zanesljiva kontracepcija.
- Tri mesece pred načrtovano zanositvijo in med nosečnostjo naj ženske, ki se zdravijo zaradi bipolarnе motnje, jemljejo 5 mg folne kisline dnevno.
- Valproata in karbamazepina med nosečnostjo ne predpisujemo. Izogibamo se tudi predpisovanju litija.
- Pri bolnicah z bipolarno motnjo je med nosečnostjo treba kontrolirati hemogram, ledvične retente, železo, hepatogram, ščitnične hormone, vitamin B12, folat, krvni sladkor in lipidogram.
- Med nosečnostjo je pomembno natančno spremljati rast in razvoj ploda, opraviti ultrazvok v 12. tednu in morfolgijo ploda v 20. tednu ter po potrebi še pogosteje.
- Psihiatri morajo spremljati klinično stanje nosečnice ter raven zdravil v serumu. Po porodu je treba natančno spremljati mater za simptome relapsa bolezni. Mati potrebuje dodatno podporo socialnega okolja.
- Po porodu je treba natančno pregledati novorojenca za morebitne anomalije in druge znake. Treba je spremljati njegovo rast in težo, cikel spanja, hranjenje ter možne odtegnitvene znake.

Shizofrenija

Shizofrenija je kronična huda duševna motnja z motnjami mišljenja, zaznav, čustvovanja in vedenja, ki prizadene približno 1 odstotek prebivalstva. Simptome delimo na pozitivne (halucinacije, blodnje) in negativne (izguba volje, interesov, socialna izolacija, splitveno čustvovanje). Značilne so tudi kognitivne motnje, ki vplivajo na slabše vsakodnevno funkcioniranje. Bolezen se običajno začne v adolescenci ali zgodnji odrasli dobi in ima lahko zelo različen potek. Nekateri bolniki dosežejo popolno remisijo, pri drugih ima kroničen potek z zelo izraženimi simptomi in slabim funkcioniranjem, pri nekaterih pa je potek bolezni epizodičen. Antipsihotiki ostajajo glavna in učinkovita zdravila, vendar večinoma ne odpravijo vseh simptomov.

Plodnost žensk s shizofrenijo naj bi bila nekoliko manjša od plodnosti splošne populacije, težje tudi navezujejo socialne stike in ohranjajo

dolgotrajna partnerska razmerja (16). Kljub temu pa večina žensk s shizofrenijo ima otroke. Bolezen je običajno znana že pred nosečnostjo in v tem času je žensko treba povprašati o načrtih glede zanositve, kontracepciji in prilagoditi terapijo. Bolnice s shizofrenijo potrebujejo v času nosečnosti in po porodu nadstandardno psihiatrično in ginekološko oskrbo, zaželena je multidisciplinarna, tudi skupnostna obravnava. Zaradi diagnoze in simptomov se velikokrat počutijo stigmatizirane. Družine, skrbniki in okolje pogosto ne odobravajo njihove nosečnosti, zato lahko ženska s psihozo nosečnost prikriva, kar ji onemogoči ustrezno oskrbo. Nosečnice s shizofrenijo imajo pogostejše od zdravih žensk partnerja s psihiatrično diagnozo ali so celo brez partnerja in stabilne socialne mreže, tako da je podpora zdravstvene oskrbe zanje vir pomoči in zaupanja (17). Ob nenadni opustitvi terapije je verjetnost ponovitve bolezni velika, kar lahko vodi v zanemarjanje sebe in otroka ter ima dramatične posledice. Večinoma je treba zdravljenje shizofrenije med nosečnostjo in po porodu nadaljevati. Nezdravljena psihoza je močen psihološki stresor in prinaša vedenjske spremembe, ki ogrožajo tako žensko kot plod in pomembno vplivajo na navezovanje med dojenčkom in materjo po porodu. Poporodno obdobje je tvegano obdobje za ponovitev psihoze pri ženskah s shizofrenijo (18), vendar občutno manj kot pri bolnicah z bipolarno motnjo. Samomorilnost mater in infanticid sta redka (19).

Ker ženske s shizofrenijo pogosto zanosijo brez vnaprej prilagojene terapije, pogosto prenehajo jemati zdravila in z večjo verjetnostjo opustijo psihiatrično obravnavo. Potem si stiske pogosto lajšajo s psihoaktivnimi snovmi, mnogo jih kadi in se slabše prehranjuje, pogosta je prekomerna telesna teža. Pri nosečnicah s shizofrenijo so pogostejše preeklampsije, slabša rast ploda, prezgodnji porod, nizka porodna teža, mrtvorojenost in večja umrljivost novorojenčkov (20, 21, 22, 23). Za boljši dolgoročni izid nosečnosti je pomembno že pred zanositvijo čim bolj zmanjšati dejavnike tveganja (povečana telesna teža, kajenje, zloraba psihoaktivnih substanc, zdrav življenjski slog) in prilagoditi psihiatrično terapijo.

Antipsihotiki po trenutnih kliničnih raziskavah ne kažejo pomembne teratogenosti, vendar ostajajo reproduktivne varnostne analize nepopolne in ni jasnih smernic glede predpisovanja v nosečnosti (24).

Osebnostne motnje

Osebnostne motnje so trajne motnje notranjega doživljanja in vedenja, ki povzročajo stisko in oviranost v funkcioniranju, začnejo pa se kazati v adolescenci. Spremenjen je način razmišljanja o sebi in drugih, čustvovanje je lahko zelo izrazito in spreminjajoče, kar vpliva tudi na vedenje in odnose z drugimi ljudmi.

Osebnostnih motenj je več vrst, nadaljnji opis je omejen na čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo, tako imenovano *border-line*, katere obravnava zahteva širok multidisciplinarni pristop. Obdobje nosečnosti in po porodu je obdobje sprememb, ki so lahko za žensko z osebnostno motnjo dovolj močni stresorji, da izzovejo poslabšanje psihičnega stanja. Pogostejše so nenačrtovane nosečnosti in več je spolno prenosljivih bolezni, kar lahko pripomore k psihičnih težavam v nosečnosti (25). Pri ženskah z osebnostno motnjo so v anamnezi pogoste zlorabe v otroštvu ali hujši travmatski dogodki, kar lahko vpliva na njihovo doživljanje materinstva in navezavo z dojenčkom. Burno se odzivajo že na manjše stresorje, negotove so glede sebe in opravljanja starševskih nalog, pogosti so občutki krivde, depresivni simptomi, jeza, občutki praznine. Glavna obravnava naj bo psihoterapevtska s podporo socialnega okolja in služb. V primerih hujših dekompenzacij v obliki depresivnih, anksioznih ali celo psihotičnih epizod je potrebno zdravljenje z zdravili. Pogosta je tudi zloraba psihoaktivnih snovi in slabša skrb za zdravje. Tudi pri teh motnjah je zelo pomembno spregovoriti o zanesljivi kontracepciji, zaščiti pred spolno prenosljivimi boleznimi, načrtovati nosečnost in se pogovoriti o vseh morebitnih težavah in vprašanjih ob tem.

Poporodna psihoza

Poporodna psihoza je resna in ogrožajoča motnja, ki potrebuje takojšnje zdravljenje. Prevalenca poporodne psihoze v splošni populaciji je 1–2 na 1000 rojstev (18). Ime bolezni je nekoliko zavajajoče, saj glede na fenomenološke, epidemiološke in terapevtske podatke spada v diagnostično neodvisno entiteto znotraj bipolarnе motnje razpoloženja. Zato je pomembno razlikovati med ženskami z dolgotrajno psihotično motnjo in ženskami z akutnim začetkom poporodne psihoze.

Začetek poporodne psihoze je nenaden, v dveh tednih po porodu. Zgodnji simptomi so nespečnost, nihajoče razpoloženje in obsesivne skrbi glede novorojenčka. Zatem se lahko pojavijo blodnje, halucinacije, dezorganizirano vedenje, razpoložensjske motnje v obliki hude depresije, manije ali mešanih stanj. Prevladujoč simptom so motnje razpoloženja. Klinična slika je podobna deliriju, lahko se pojavijo dezorientiranost, zmedenost, neprepoznavanje ljudi, derealizacije in depersonalizacije. Mater s sumom na poporodno psihozo je treba previdno povprašati o mislih o samopoškodovanju in mislih o škodovanju dojenčku. Blodnjave misli o škodovanju dojenčku so lahko zelo realno doživete in nevarne.

Najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj poporodne psihoze je anamneza bipolarnе motnje razpoloženja ali poporodna psihoza v preteklosti. Tveganje za razvoj naslednje poporodne psihoze v tem primeru je od 25 do 50 odstotkov pri vsakem naslednjem porodu. Pomemben dejavnik tveganja je tudi družinska anamneza poporodne psihoze ali bipolarnе motnje (26). Pogosteje se pojavijo tudi pri prvem porodu ter pri zapletih med porodom (27).

Diferencialna diagnoza poporodne psihoze vključuje infekcijske bolezni, eklampsijo, avtoimune in metabolne bolezni, pomanjkanje vitaminov, kap in z zdravili inducirano psihozo (28). Simptome je treba ločiti tudi od poporodne otožnosti, ki se pojavi tretji oz. peti dan po porodu pri približno polovici mater. Gre za krajše obdobje slabšega počutja, nihanja razpoloženja, razdražljivosti in jokavosti. Traja nekaj

ur, največ nekaj dni. Poporodna depresija se od poporodne psihoze loči po tem, da nima psihotičnih simptomov, je pogostejša in se začne kadarkoli v nosečnosti ter v obdobju do enega leta po porodu.

Pri sumu na poporodno psihozo je treba narediti natančno psihiatrično in somatsko anamnezo, splošni somatski in nevrološki pregled in laboratorijsko analizo za izključitev organskih vzrokov akutne psihoze.

Poporodna psihoza je urgentno stanje v psihiatriji, zdravi se v psihiatrični bolnišnici. Za zdravljenje se uporabljajo antipsihotiki, litij in pomirjevala. Če vemo, da je pri ženski prisotno tveganje zanjo, jo poskušamo preprečiti. Pri ženskah z bipolarno motnjo je profilaksa z zdravili med nosečnostjo še posebej pomembna za preprečitev poporodne psihoze. V nasprotju s tem pa pri ženskah z anamnezo psihoze, ki je omejena le na obdobje po porodu, svetujemo profilakso z antipsihotiki takoj po porodu.

Številne ženske s hudo duševno boleznijo v obdobju po porodu potrebujejo bolnišnično zdravljenje. Odločitev o tem je odvisna od različnih dejavnikov (Tabela 2). Potreben je posvet s psihiatrom.

Tabela 2. Odločanje o sprejemu v psihiatrično bolnišnico v poporodnem obdobju

- Huda epizoda s pomembno oviranostjo,
- sum na poporodno psihozo – akutni začetek nove epizode kmalu po porodu,
- nenadno poslabšanje ali nihajoči simptomi,
- psihotični simptomi, še zlasti imperativne halucinacije, blodnje o zunanjem nadzoru nad telesom,
- blodnje, povezane z otrokom,
- 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.

Zaključek

Depresija in anksioznost sta najpogostejši duševni motnji v populaciji, ki prizadeneta več žensk kot moških. Obdobje nosečnosti in po porodu je čas pomembnih telesnih in psihičnih sprememb in ob morebitni že obstoječi ranljivosti ženske za duševne motnje se v tem obdobju tveganje še poveča. Znano je, da sta prav depresija in anksioznost v nosečnosti najmočnejša dejavnika tveganja za depresijo po porodu, vse skupaj pa poveča tveganje za neugodne izide tako za žensko kot za otroka. Tudi številne ženske s težjimi duševnimi motnjami se odločajo za zanositev ali zanosijo nenačrtovano. Njihovo nosečnost lahko ogrožajo številni neugodni dejavniki, ki vplivajo na donositev, zdravje ženske in otroka. Zaradi možnih zapletov je pomembno čim prej prepoznati in ustrezno zdraviti vse duševne motnje v tem obdobju. Takojšnje ukrepanje je še posebej pomembno ob poporodni psihozi, ogrožanju sebe in drugih. Psihiatrična obravnava bi morala potekati v

sodelovanju z ginekološkim timom. Na ta način bi tudi pripomogli k zmanjšanju stigmatizacije duševnih motenj.

Literatura

1. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103:698-709.
2. Smith SS, Shen H, Gong QH, et al. Neurosteroid regulation of GABA(A) receptors: Focus on the alpha4 and delta subunits. *Pharmacol Ther.* 2007;116:58-76.
3. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15:21-30.
4. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord.* 2014;159:103-110.
5. Gentile S. Drug treatment for mood disorders in pregnancy. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:34-40.
6. Schneider ML, Moore CF, Kraemer GW, et al. The impact of prenatal stress, fetal alcohol exposure, or both on development: perspectives from a primate model. *Psychoneuroendocrinology.* 2002;27:285-298.
7. O'Connor TG, Heron J, Glover V, et al. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:1470-1477.
8. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry.* 2004;19:459-463.
9. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29:237-258.
10. O'Connor TG, Heron J, Golding J, et al. 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;180:502-508.
11. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006;26:17-31.
12. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;170:205-228.
13. Galbally M, Snellen M, Walker S, et al. Management of antipsychotic and mood stabilizer medication in pregnancy: recommendations for antenatal care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44:99-108.

14. Lee HC, Lin HC. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *J Affect Disord.* 2010;121:100-105.
15. Bodén 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;345:7085.
16. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;119:3-10.
17. Abel KM, Webb RT, Salmon MP, et al. 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;66:781-9.
18. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA.* 2006;296:2582-9.
19. 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 (1):1-203.
20. Dalman C, Allebeck P, Cullberg J, et al. Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:234-240.
21. Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, et al. Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:674-679.
22. Matevosyan NR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283:141-147.
23. Webb RT, Abel KM, Pickles AR, et al. Mortality risk among offspring of psychiatric inpatients: a population-based follow-up to early adulthood. *Am J Psychiatry.* 2006;163:2170-7.
24. Abel KM. Fetal antipsychotic exposure in a changing landscape: seeing the future. *Br J Psychiatry* 2013;202(5):321.
25. Chen EY, Brown MZ, Lo TT, et al. Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:125-9.
26. Jones I, Craddock N. Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of bipolar affective puerperal psychosis. *Psychopharmacol Bull.* 2007;40:115-128.
27. Blackmore ER, Jones I, Doshi M, et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry.* 2006;188:32-36.
28. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt).* 2006;15:352-368.

Psihotropna zdravila v nosečnosti in po porodu

Tea Terzić, Petra Jelenko Roth

Uvod

Psihotropna zdravila so velika skupina zdravil, ki vplivajo na živčni sistem. Predpisovanje psihotropnih zdravil v nosečnosti in po porodu že od nekdaj vzbuja dvom in negotovost. Lahko prehajajo namreč skozi posteljico in možganskožilno bariero ploda (1). V preteklosti je veljalo, da se je treba psihotropnim zdravilom v tem obdobju izogibati. Najodmevnejši zgodovinski primer napačnega predpisovanja zdravil med nosečnostjo je talidomid, ki je pustil hude posledice na razvijajočih se plodih. Zatem je sledilo obdobje strahu pred predpisovanjem zdravil v nosečnosti. V zadnjih letih pa vedno več kliničnih raziskav podpira dejstvo, da je treba psihiatrične bolezni med nosečnostjo zdraviti, saj nezdravljene bolezni vplivajo na razvoj zarodka, donošnost in razvoj otroka. V skrajnih primerih lahko nezdravljena psihiatrična bolezen vodi tudi v samomor ali infanticid.

Splošna priporočila pri predpisovanju psihiatričnih zdravil v nosečnosti

Zdravila vplivajo na razvijajoči se zarodek in plod s teratogenimi vplivi, perinatalnim sindromom in poznimi vedenjskimi posledicami pri otroku. *Teratogenost zdravil* je pomembna v prvem trimesečju nosečnosti, to je v obdobju organogeneze. *Perinatalni odtegnitveni sindromi* se pojavijo v obdobju po porodu in se kažejo kot odtegnitveni simptomi pri novorojenčku, pri katerem je mati med nosečnostjo prejela zdravila. *Pozne vedenjske posledice* se lahko pokažejo kasneje v otroštvu kot posledica izpostavljenosti zdravilom med nosečnostjo.

Ženske v rodni dobi, ki redno prejemajo psihotropna zdravila, vprašamo po reprodukcijski anamnezi. Pomembno je vedeti, kako poteka menstrualni ciklus, ali ženska uporablja metode kontracepcije in katera ter ali načrtuje zanositev. Pred načrtovano zanositvijo je potreben pogovor s psihiatrom. Zdravljenje v obdobju nosečnosti je odvisno od trenutnega kliničnega stanja ter poteka bolezni v preteklosti. Zdravilo lahko pred načrtovano zanositvijo postopoma ukinemo ali zamenjamo z drugim zdravilom, ki je primernejše za obdobje nosečnosti. Ženskam, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, je treba predstaviti tveganja, ki jih nosečnost in obdobje po porodu prinašata ter oceniti potrebo po zdravljenju. Včasih je smiselna tudi napotitev h kliničnemu genetiku, ki lahko na podlagi dosedanjih raziskav napiše mnenje o možnih vplivih določenega zdravila na razvoj ploda in zdravje otroka. Predpišemo najnižji še učinkoviti odmerek zdravila, ki naj ga nosečnica jemlje najkrajši potreben čas. Zaradi fizioloških sprememb med nosečnostjo je treba odmerke nekaterih zdravil tudi redno prilagajati.

Na psihiatričnem izvidu je pomembno zapisati vsa psihiatrična zdravila z odmerki, ki jih nosečnica jemlje. Porodničarji morajo biti ob porodu seznanjeni s terapijo, ki jo porodnica redno prejema.

Splošna priporočila pri predpisovanju psihiatričnih zdravil med dojenjem

Pri obravnavi psihiatrične motnje po porodu je pomembno upoštevati stanje matere in dojenčka. V obdobju dojenja lahko mati jemlje določena psihotropna zdravila, če je to potrebno. Zdravljenje materine duševne motnje je prioriteto, zato je ukinjanje zdravil zaradi dojenja nepravilno. Če je le mogoče, naj mati nadaljuje dojenje kljub jemanju psihotropnih zdravil, ob tem pa izberemo tista, ki se najmanj izločajo v mleko in s krajšim razpolovnim časom. Predpišemo najnižji še učinkoviti odmerek zdravila, ki naj ga mati jemlje najkrajši možni čas, da preprečimo ponovitev bolezni. Če je mati prejela učinkovito zdravilo med nosečnostjo, naj to nadaljuje tudi v času dojenja. Menjava zdravil lahko poslabša psihiatrično bolezen. Ob dojenju se zmanjša tudi možnost pojava odtegnitvenih simptomov pri dojenčku. Dojenčke je treba spremljati glede pojava morebitnih neželenih učinkov zdravil, ki jih prejema doječa mati. Treba je opazovati njihove vzorce spanja, hranjenja, rast in razvoj.

Materi se dojenje med najvišjo plazemsko koncentracijo zdravila odsvetuje. Svetujemo jemanje zdravila takoj po podoju ali tik pred daljšim obdobjem spanja. Dojenčkova izpostavljenost zdravilu ob dojenju je od pet- do desetkrat nižja kot v maternici. Psihotropna zdravila so lipofilna, zato so lahko koncentracije zdravila v mleku nekoliko višje kot v serumu matere. Ker ima mleko na koncu podoja več maščob, je v zgodnjem mleku koncentracija zdravil nižja (2). Relativni odmerek zdravila je odstotek materinega odmerka, ki ga prejme dojenček z mlekom. Če je relativni odmerek zdravila dojenčka manj kot 10 odstotkov, je izpostavljenost zdravilu zanemarljiva (3).

Presnavljanje zdravil pri novorojenčkih še ni popolnoma razvito. Jetrna funkcija dozori v prvih treh oz. šestih mesecih po porodu. Po tem obdobju ni pričakovati zaznanih koncentracij antidepresivov v dojenčkovi plazmi (4). Posebna previdnost je potrebna pri predpisovanju

zdravil pri materah nedonošenčkov, ker nimajo dobro razvitih presnovnih kapacitet (4). Pri nedonošenčkih ter dojenčkih z okvaro ledvic, jeter, srca ali nevrološko okvaro je tveganje za neželene učinke ob zaužitju psihotropnih snovi visoko. V teh primerih doječi materi odsvetujemo jemanje zdravil ali odsvetujemo dojenje, če mati prejema zdravila.

Zdravila po skupinah

Antidepresivi

Antidepresivi so najpogosteje predpisana zdravila pri zdravljenju psihiatričnih simptomov v nosečnosti. Predpisujemo jih za zdravljenje depresivne motnje in anksioznih motenj, pa tudi pri drugih psihiatričnih motnjah z depresivnimi simptomi.

Ženske v rodni dobi, ki prejemajo antidepresive, lahko zdravljenje nadaljujejo tudi v primeru zanositve, če imajo v anamnezi hude in dolgo potekajoče depresivne motnje, predvsem z anamnezo samomorilnega vedenja. Če je bolezen že daljši čas v remisiji in ženska polno funkcionira, lahko antidepresiv pred načrtovano zanositvijo postopno zmanjšamo in morda ukinemo. Ženske, ki prejemajo antidepresive in zanosijo, pogosto same prenehajo jemati zdravila, ker so negotove glede varnosti jemanja terapije med nosečnostjo. V teh primerih je vsekakor potreben posvet s psihiatrom. Ponovitev depresivne epizode je namreč pogostejša, če remisija ni trajala vsaj pol leta, če ima bolnica v anamnezi več depresivnih epizod in če je ukinitve antidepresivne terapije nenadna in ne postopna.

Ne glede na to, ali se simptomi depresije v nosečnosti pojavijo prvič ali ponovno, vplivajo na potek nosečnosti ter na nadaljevanje depresivnih simptomov tudi po porodu. Nosečnica lahko med rednimi ginekološkimi posveti opiše svoje težave; če ginekološki tim posumi na depresijo, naj jo o tem tudi povpraša. V primeru suma na depresijo je vsekakor potreben posvet pri psihologu ali psihiatru za diagnostično

oceno ter uvedbo terapije. Pri blagih depresivnih epizodah ocenimo psihosocialne dejavnike, ki vplivajo nanjo. Svetujemo tehnike sproščanja, redno telesno aktivnost, psihološko podporo, vedenjsko-kognitivno psihoterapijo ali partnersko terapijo. Pri zmernih in hudih depresivnih motnjah med nosečnostjo predpišemo antidepresiv.

Triciklični antidepresivi (TCA) se predpisujejo že od leta 1950. V zadnjih letih jih vedno bolj nadomeščajo selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), predvsem zaradi neželenih učinkov. Začetne raziskave so ugotovljale vpliv TCA na razvoj kongenitalnih anomalij, predvsem razcepljenega neba, kasnejše raziskave so takšne vplive ovrgle (1).

Danes najpogosteje predpisujemo antidepresive iz skupine SSRI. Klinične izkušnje in izsledki številnih raziskav kažejo na to, da so SSRI učinkovito zdravilo pri lajšanju simptomov depresije in anksioznosti. Najpogosteje predpisan SSRI v nosečnosti je sertralin. Odsvetuje se uporaba inhibitorjev monoaminooksidaze in paroksetina (eden izmed SSRI), ki naj bi povzročala razvojne nepravilnosti v zgodnjih fazah fetalnega razvoja (7).

Zaskrbljeni smo bili tudi zaradi možnosti, da bi jemanje SSRI v nosečnosti lahko povzročilo spektroatvistično in hiperkinetično motnjo z motnjo pozornosti (ADHD, *angl. Attention deficit hyperactivity disorder*), vendar je nedavna kohortna študija to ovrgla (5). Prav tako ni povezave med uporabo antidepresivov SSRI v zadnjem trimesečju in v času poroda ter tveganjem za veliko izgubo krvi pri ženski (6).

Antidepresive predpisujemo tudi po porodu, v obdobju dojenja. Relativni odmerek zdravila pri dojenčku je visok za citalopram, fluoksetin in venlafaksin, nižji za escitalopram, skoraj neopazen pa za paroksetin, sertralin, duloksetin, reboksetin, bupropion in mirtazapin (4).

Antipsihotiki

Antipsihotiki se predpisujejo pri zdravljenju simptomov psihoze, pa tudi kot dodatno zdravilo pri številnih drugih motnjah, npr. pri bipolarni motnji, depresiji in anksioznih motnjah. Večina žensk s shizofrenijo prejema dosmrtno antipsihotično terapijo. Poznamo antipsihotike prve in druge generacije, to je tipične in atipične antipsihotike. Kljub kliničnim raziskavam še vedno ni jasnih smernic in varnostnega profila pri predpisovanju antipsihotikov v obdobju nosečnosti in dojenja.

Preden predpišemo antipsihotik v nosečnosti in med dojenjem, moramo oceniti razmerje med tveganjem in koristjo zdravila za nosečnico in otroka. Če predpišemo antipsihotik, je bolje predpisati čim manj različnih zdravil, raje v peroralni kot v depo obliki in v čim nižjih še učinkovitih odmerkih.

Na splošno velja, da tako tipični kakor atipični antipsihotiki niso teratogeni (1, 7). Klozapin ima izmed atipičnih antipsihotikov najvarnejši profil glede predpisovanja v nosečnosti, ima pa veliko tveganje za razvoj sladkorne bolezni pri nosečnici. V nosečnosti ga ne uvajamo zaradi nevarnosti agranulocitoze. Varna in pogosto predpisovana sta tudi olanzapin in kvetiapin (8). Ob antipsihotikih je svetovano sočasno jemanje folne kisline. Najvišji profil teratogenosti med atipičnimi antipsihotiki ima risperidon, ki naj bi vplival na določene srčne in druge malformacije (7). Antipsihotiki v različni meri prehajajo posteljico, največ olanzapin, nato risperidon in haloperidol, najmanj pa kvetiapin (9). Neonatalni ekstrapiramidni sindrom je možen pri novorojenčkih nosečnic, ki so prejemale antipsihotike prve generacije (10). Pri antipsihotikih druge generacije je več težav z višjim krvnim tlakom in sladkorno boleznijo pri nosečnici (11).

Pri otrocih bolnic s shizofrenijo so znani zapozneli motorični in nevrološki mejniki, kognitivni deficit in učne težave (12, 13). Ti simptomi so lahko posledica številnih dejavnikov, med drugim genetskih vplivov, slabe skrbi za zdravje med nosečnostjo, okužb med nosečnostjo, zlo-

rabe psihoaktivnih snovi ter zapletov med porodom (14). Jemanje antipsihotikov med nosečnostjo naj ne bi vplivalo na kasnejši nevrokognitivni razvoj otrok (1).

Novejše raziskave so razdelile antipsihotike po profilu varnosti pri doječih materah. Najvarnejši profil med dojenjem imata kvetiapin in olanzapin, srednjega haloperidol, risperidon in zuklopentiksol, odsvetovana pa je uporaba aripirazola, asenapina, klopazina, flufenazina, flupentiksola, paliperidona, ziprazidona in amisulpirida (15, 16).

Benzodiazepini in hipnotiki

Benzodiazepini so pogosto predpisovana pomirjevala, ki so na tržišču že 50 let in hitro in učinkovito olajšajo simptome anksioznosti. V nosečnosti se izogibamo predpisovanju benzodiazepinov, saj jih povezujejo s teratogenimi vplivi, pogostejšimi spontanimi splavi in odtegnitvenimi simptomi pri novorojenčkih (17). Ob uporabi benzodiazepinov med nosečnostjo so ugotovili pogostejše anomalije prebavnega trakta, razcepe neba (18) in malformacije udov in srca (19). Odtegnitveni simptomi pri novorojenčkih, ki se pojavijo nekaj dni oz. tri tedne po porodu, so podobni sindromu ohlapnega dojenčka (hipotonija/hipertonija, bruhanje, cianoza, hiperrefleksija, bradikardija, apnea, diareja, tremor, oteženo sesanje, nespečnost, manjša rast, aspiracija hrane). Odtegnitvene simptome lahko zmanjšamo s postopnim zmanjševanjem odmerka benzodiazepinov pri nosečnici pred porodom. Benzodiazepine predpišemo v nosečnosti le v primeru izrazite anksioznosti ali nemira, in to le za krajši čas. Med nosečnostjo se izogibamo tudi hipnotikom (npr. zolpidemu), saj jih povezujejo s prezgodnjim porodom ter nizko porodno težo (20). Med dojenjem je varneje uporabljati benzodiazepine s krajšo razpolovno dobo in brez aktivnih metabolitov, npr. lorazepam.

Stabilizatorji razpoloženja in zdravljenje bipolarnе motnje

Stabilizatorji razpoloženja so zdravila za zdravljenje in preprečevanje bipolarnе motnje razpoloženja. Pri bolnicah z bipolarno motnjo v rodni dobi se je treba pogovoriti o zanesljivi kontracepciji in načrtovani zanositvi, pred katero je treba terapijo prilagoditi. Stabilizatorji razpoloženja so namreč med vsemi psihotropnimi zdravili najbolj nevarni za razvijajoči se zarodek in plod.

Litij je učinkovito zdravilo za bipolarno motnjo. Jemanje litija v prvem trimesečju nosečnosti se povezuje s tveganji za srčne malformacije, predvsem anomalijo Ebstein (21). Litij prehaja posteljico in poveča tveganje za diabetes insipidus, polihidroamnion, motnje delovanja ščitnice, sindrom ohlapnega dojenčka in motnje srčnega ritma pri novorojenčkih. Če je zdravljenje z litijem med nosečnostjo nujno potrebno, moramo spremljati raven zdravila vsak mesec, po 36. tednu pa vsak teden. Litij naj bi ukinili 24–36 ur pred porodom, če je le mogoče.

Antiepileptiki, ki se uporabljajo kot stabilizatorji razpoloženja, so lamotrigin, valproat in karbamazepin. Pri vseh je tveganje za razvoj malformacij pri plodu. Pri lamotriginu je tveganje 2,7 odstotka, pri karbamazepinu 2,9 odstotka in pri valproatu 8,7 odstotka (22). Največ je defektov nevralne cevi, pa tudi srčnih, obraznih, urogenitalnih napak in malformacij udov (23). Pri novorojenčku se pojavljajo tudi motnje srčnega ritma, odtegnitveni simptomi, motnje hranjenja in hepatotoksičnost (23). Med antiepileptiki ima najugodnejši varnostni profil lamotrigin, predpisovanju drugih dveh se med nosečnostjo izogibamo. Pri lamotriginu je treba mesečno spremljati koncentracijo zdravila v serumu, saj se med nosečnostjo zaradi sprememb v metabolizmu zelo spreminja (24). Po porodu lahko raven lamotrigina v serumu dramatično naraste.

Če ženska z bipolarno motnjo med nosečnostjo jemlje stabilizator razpoloženja, naj tri mesece pred zanositvijo in med nosečnostjo dnevno prejema tudi 5 mg folne kisline. Potrebni so tudi natančni ultrazvočni pregledi ploda, usmerjeni v natančen pregled morfologije. Smernice NICE priporočajo nizke odmerke tipičnih ali atipičnih antip-

sihotikov kot zdravilo prvega izbora pri zdravljenju bipolarne motnje v nosečnosti, ker so antipsihotiki manj teratogeni kakor stabilizatorji razpoloženja.

Po porodu je velika verjetnost recidiva ali pojava nove bipolarne motnje. Glede dojenja ob jemanju stabilizatorja razpoloženja je treba analizirati tveganja in korist. Po podatkih baze Lactmed sta karbamazepin in lamotrigin zdravili, relativno varni za uporabo v času dojenja.

Zaključek

Zdravljenje psihiatričnih bolezni in simptomov v obdobju nosečnosti in po porodu je pomembno za zdrav razvoj nosečnosti ter za ustvarjanje ustrezne navezave med materjo in dojenčkom, ki ima dolgoročen vpliv na otrokovo psihično zdravje in vedenje.

Literatura

1. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Antidepressants, Antipsychotics, and Mood Stabilizers in Pregnancy: What Do We Know and How Should We Treat Pregnant Women with Depression. *Birth Defects Res.* 2017; 109: 933-956.
2. Berle JØ, Steen VM, Aamo TO, et al. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65:1228-1234.
3. Begg EJ, Atkinson HC, Duffull SB. Prospective evaluation of a model for the prediction of milk:plasma drug concentrations from physicochemical characteristics. *Br J Clin Pharmacol.* 1992; 33: 501-505.
4. Berle JO, Spigset O. Antidepressant Use During Breastfeeding. *Curr Womens Health Rev.* 2011; 7: 28-34.
5. Castro VM, Kong SW, Clements CC, et al. Absence of evidence for increase in risk for autism or attention-deficit hyperactivity disorder following antidepressant exposure during pregnancy: a replication study. *Transl Psychiatry.* 2016; 6: 708.
6. Kim DR, Pinheiro E, Luther JF, et al. Is third trimester serotonin reuptake inhibitor use associated with postpartum hemorrhage. *J Psychiatr Res.* 2016; 73: 79-85.
7. Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Paterno E, et al. Antipsychotic Use in Pregnancy and the Risk for Congenital Malformations. *JAMA Psychiatry.* 2016; 73: 938-946.
8. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2015; 445: 1-28.

9. Babu GN, Desai G, Chandra PS. Antipsychotics in pregnancy and lactation. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57: 303-7.
10. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull*. 2010; 36: 518-544.
11. Wani RA, Dar MA, Margoob MA, et al. Diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia, before and after antipsychotic treatment. *J Neurosci Rural Pract*. 2015; 6: 17-22.
12. Goodman SH. Children of disturbed parents: the interface between research and intervention. *Am J Community Psychol*. 1984; 12: 663-687.
13. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, et al. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res*. 2003; 60: 239-258.
14. Leonard H, Wen X. The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002; 8: 117-134.
15. Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, et al. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2013; 10: 308-317.
16. Uguz F. Second-Generation Antipsychotics During the Lactation Period: A Comparative Systematic Review on Infant Safety. *J Clin Psychopharmacol*. 2016; 36: 244-252.
17. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatr Serv*. 2002; 53: 39-49.
18. Bonnot O, Vollset SE, Godet PF, et al. Maternal exposure to lorazepam and anal atresia in newborns: results from a hypothesis-generating study of benzodiazepines and malformations. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21(4): 456-458.
19. Czeizel AE, Erös E, Rockenbauer M, et al. Short-Term Oral Diazepam Treatment during Pregnancy : A Population-Based Teratological Case-Control Study. *Clin Drug Investig*. 2003; 23: 451-462.
20. Wang LH, Lin HC, Lin CC, et al. Increased risk of adverse pregnancy outcomes in women receiving zolpidem during pregnancy. *Clin Pharmacol Ther*. 2010; 88: 369-374.
21. Schou M. What happened later to the lithium babies? A follow-up study of children born without malformations. *Acta Psychiatr Scand*. 1976; 54: 193-197.
22. Walker SP, Permezel M, Berkovic SF. The management of epilepsy in pregnancy. *BJOG*. 2009; 116: 758-767.
23. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 608-620.
24. Patsalos PN, Berry DJ, Bourgeois BF, et al. Antiepileptic drugs-best practice guidelines for therapeutic drug monitoring: a position paper by the subcommission on therapeutic drug monitoring, ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2008; 49: 1239-1276.

Varnost psihotropnih zdravil za nosečnico, plod in novorojenca

Ksenija Geršak

Uvod

Izbira, ali naj predpišemo zdravilo med nosečnostjo, je težka in odgovorna, ker moramo upoštevati koristi in tveganja zdravljenja za mater in nerojenega otroka.

Če je materino zdravstveno stanje življenjsko ogrožajoče, je naša izbira lažja in veliko bolj očitna, saj dobrobit za njeno zdravje odtehta tveganja. Če pa presodimo, da je njena bolezen ali duševna motnja življenjsko nenevarna, postane odločitev za predpisovanje zdravil bolj zapletena. V presojo se dodatno vpletajo naše dosedanje znanje, osebne izkušnje in zavedanje, da tudi bolezen sama in duševno stanje matere spreminjata presnovo v njenem organizmu in vodita v nastanek teratogenega okolja za razvijajoči zarodek in pozneje plod (1). Na našo končno odločitev še dodatno vplivajo materina vprašanja in

dvomi, ali bo njen otrok zdrav, ne samo ko ga bo rodila, ampak tudi pozneje, v otroštvu in na poti njegovega odraščanja (2).

V prispevku želimo opisati, kaj je danes znano (in ni znano) o varnosti jemanja psihotropnih zdravil za nosečnico, plod in novorojenca.

Fiziološke spremembe in vpliv na varnost zdravil

Nosečnost in z njo povezane fiziološke spremembe vplivajo na farmako-kinetične procese. Kinetično se spremenijo absorpcija, porazdelitev in izločanje zdravil, v ženskem telesu se pojavi tudi nova, fetoplacentna enota (1).

V nosečnosti se spremeni predvsem porazdelitev zdravil v telesu (V_d – volumen porazdelitve). Celotna telesna masa narašča povprečno za 1 kg/mesec v prvi tretjini nosečnosti ter po 5 kg v drugi in zadnji tretjini nosečnosti. Celokupne vode v telesu je povprečno 8 l več, od tega 60 odstotkov v sami posteljici, plodu in amnijski votlini, 40 odstotkov pa se porazdeli po drugih materinih tkivih. Količina zunajcelične tekočine se zveča z 20 odstotkov telesne mase na 30 odstotkov.

Spremembe so predvsem posledica zvečanja volumna krvi od 30 do 50 odstotkov. Volumen plazme postopoma narašča od 8. do 32. tedna nosečnosti, v primerjavi z nenosečo žensko je pri enoplodni nosečnosti večji za 40–50 odstotkov (1200–1300 ml). Pri večplodni nosečnosti je zvečanje večje.

Posledica zvečanega volumna krvi so spremembe največje serumske koncentracije zdravilnih učinkovin (C_{max}), zlasti tistih, ki se razporedijo predvsem po vodnem razdelku. V drugi tretjini nosečnosti se pojavi hipoalbuminemija. Znižanje ravni albuminov za povprečno 20 odstotkov je posledica relativno hitrejšega naraščanja volumna plazme v primerjavi z večanjem nastajanja albumina. Zato so koncentracije proste zdravilne učinkovine večje. Ker je nevezani del učinkovine farmakološko aktiven, bi pri nosečnici lahko pričakovali večji učinek

predvsem prostih kislih zdravilnih učinkovin. Vendar je več nevezane učinkovine dostopne tudi biotransformaciji.

Že ob koncu prve tretjine nosečnosti naraste za 50 odstotkov pretok krvi skozi ledvici. Z njim naraste glomerulna filtracija, ki povzroči spremembe izločanja oz. očiščka učinkovin. Zmanjšata se plazemski koncentraciji kreatinina in sečnine.

Pri izločanju zdravilnih učinkovin je pomembno upoštevati tudi spremembe v aktivnosti jetrnih encimov. Zvečane koncentracije estrogenov in progesterona spremenijo demetilacijsko, ksantin-oksidadno in N-acetiltransferazno aktivnost. Tudi delovanje encimov iz skupine citokromov P450 se spremeni: aktivnost CYP1A2 se zmanjša, zveča pa se aktivnost CYP2D6 in CYP3A, kar neposredno vpliva na presnovo psihotropnih zdravil (npr. fluoksetin, metadon) (2).

Večina zdravilnih učinkovin prehaja skozi posteljico hitro. Prehajanje je počasno ali omejeno le pri snoveh z molekulsko maso, večjo od 1000. Pri prehajanju je pomembna tudi presnova v sami posteljici. Posteljica vsebuje encimske sisteme, ki katalizirajo biosintezo in razgradnjo, v njej potekajo reakcije hidrolize, redukcije, oksidacije in tudi konjugacije učinkovin. Temu se pridruži tudi medsebojni vpliv med različnimi zdravilnimi učinkovinami, ki dodatno inducirajo ali inhibirajo posamezne stopnje presnovnih poti (1).

Izločanje učinkovin in presnovkov iz zarodka in ploda skozi posteljico poteka počasneje kot v obrnjeni smeri. Ko je razvita plodova ledvična funkcija, se snovi in učinkovine lahko z urinom kopičijo v plodovnici ter ostajajo ujete v plodovnici in plodovih prebavilih, tako je plod pri izločanju odvisen predvsem od delovanja materinega telesa (1).

Zato farmako-kinetične spremembe v nosečnosti zahtevajo od zdravnika uporabo drugačnih odmerkov zdravilnih učinkovin kot pri neno-seči bolnici. Pozorni moramo biti predvsem na območje terapevtskih koncentracij (terapevtski indeks) in na majhna nihanja koncentracij na sredini tega območja. Pri enakem odmerku in enaki pogostosti apli-

kacije se v večini primerov serumske koncentracije zmanjšajo. Ker sledimo temeljnemu principu uporabe zdravil v nosečnosti in uporabljamo najmanjše še učinkovite odmerke, je smiselno in priporočljivo meriti koncentracije opazovanih učinkovin v serumu nosečnic in prilagoditi oz. zvečati število kliničnih pregledov.

Teratogenost psihotropnih zdravil

Ob rojstvu imajo približno trije odstotki otrok prirojene razvojne nepravilnosti, od tega jih neposredno povzročijo zdravila le en odstotek. Zanesljivost podatkov o teratogenosti posameznih psihotropnih zdravil je večkrat omejena zaradi majhnih vzorcev, možnosti pristranskosti pri analizi, pomanjkanja kontrolnih skupin, komorbidnosti, politerapije in drugih dejavnikov tveganja iz neposrednega okolja nosečnice (3).

Zaviralci ponovnega privzema serotonina

Študija zaviralcev ponovnega privzema serotonina National Birth Defects Prevention Study, use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects, objavljena leta 2007, je pokazala, da je absolutno tveganje za redke razvojne nepravilnosti blago povečano (4). Poznejše metaanalize povezanosti z večjimi razvojnimi nepravilnostmi niso potrdile, prav tako tudi ne eksperimentalne študije na živalih (2).

Če pogledamo posamezne skupine razvojnih nepravilnosti, so retrospektivna in prospektivna poročila iz registra podjetja Glaxo Smith Kline pokazala, da obstaja povečano tveganje za pojavnost srčno-žilnih nepravilnosti (5). Avtorja Alwan in Friedman sta natančneje opredelila povezavo med zaviralci ponovnega privzema serotonina z nepravilnostmi v predelu iztočnega dela levega prekata in začetnega dela aorte (5). Vendar se v novejši strokovni literaturi pojavljajo tudi nasprotujoči si podatki, tako za paroksetin kot tudi za bupropion, ki poudarjajo izredno majhno tveganje za pojavnost srčnih nepravilnos-

ti, predvsem pri uporabi monoterapije. Tudi v največji analizi do sedaj, ki je vključila več kot 900.000 žensk, ni bila ugotovljena povezava med izpostavljenostjo antidepresivom v prvem trimestru in srčnimi nepravilnostmi (6), enako velja tudi za metaanalizo prospektivnih kohortnih študij iz leta 2015, posebej za zaviralce ponovnega privzema serotonina (7).

Stabilizatorji razpoloženja

Glede na ugotovitve študij in po podatkih evropske teratološke baze ReproTox jemanje **lamotrigina** v nosečnosti ni povezano z razvojnimi nepravilnostmi (8). Edina analiza, ki je pokazala povezavo, je bila narejena na podatkih registra The North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry, Massachusetts General Hospital Boston, za obdobje 1997–2006. Opisali so 10-krat zvečano tveganje za pojavnost izoliranega razcepa ustnic v primerjavi s splošno populacijo (9). Druge raziskave povezanosti z razvojnimi nepravilnostmi niso potrdile, prav tako ne analize evropskega registra EUROCAT ter eksperimentalne študije na živalih (10).

Jemanje **valproata** v prvih treh mesecih nosečnosti je povezano s pogostejšim pojavom razvojnih nepravilnosti med novorojenčki (do 10 odstotkov) (11). Med nepravilnostmi prevladujejo:

- napake v zapiranju nevralne cevi,
- razvojne nepravilnosti glave in obraza, vključno z razcepi ustnic in neba,
- srčne nepravilnosti in
- hipospadija.

Podobno vzorec nepravilnosti velja za **karbamazepin**, tveganje je zvečano (3–4 odstotke) (11) za:

- napake v zapiranju nevralne cevi,
- razcepe ustnic in neba,

- skeletne nepravilnosti,
- hipospadijo in
- diafragmalno hernijo.

Karbamazepin se vpleta tudi v mehanizme nastajanja in delovanja protrombina in lahko zveča tveganje za nastanek neonatalnih krvavitev (2).

Ker vse tri naštetje zdravilne učinkovine (lamotrigin, valproat, karbamazepin) delujejo prek različnih mehanizmov, ki vplivajo na folatni cikel ali folatni status, je utemeljen in priporočen višji vnos folatov (4 mg/dan) v času načrtovanja nosečnosti in med samo nosečnostjo, predvsem v prvih treh mesecih.

Kljub dolgoletnim izkušnjam za **litij** še vedno velja stališče, da zveča tveganje za nastanek srčno-žilnih nepravilnosti, predvsem ebsteinove anomalije (12). Poznejše analize, kot sta kanadska multicentrična in švedska kohortna študija, povezave niso potrdile, enako velja tudi za prospektivne analize podatkov izraelske, avstralske in kanadske teratološke službe (13–15).

Tveganje je bilo povečano le pri odmerkih > 900 mg/dan, za 3,2-krat (8). Zaradi tveganja za škodljivo delovanje na razvoj srca se priporoča usmerjeni ultrazvočni pregled plodovega srca v primerih, ko je nosečnica jemala litij v prvih treh mesecih nosečnosti. Prav tako je del priporočil tudi spremljanje koncentracij v serumu med celotno nosečnostjo in med porodom.

Antipsihotiki

V zadnjem desetletju imamo vse več dokazov, da je jemanje antipsihotikov v nosečnosti relativno varno in da prekinitve indiciranega jemanja lahko vodi le v resno poslabšanje psihotičnih motenj ali simptomov, hkrati pa tudi v slabše vodenje in izide nosečnosti (16).

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) v svojih zadnjih smernicah iz leta 2008 zagovarja stališče, da ni dokazanega teratogenega učinka (fenotiazini, butirofenoni) na plod, relativno bolj so povezani le s tveganjem za prezgodnji porod (17). Zadnja metaanaliza, v kateri so bili analizirani izključno podatki kohortnih študij z natančno opredeljenimi podatki o jemanju antipsihotikov v prvem trimesečju nosečnosti, je pokazala, da je tveganje za večje razvojne nepravilnosti povečano za 2,12-krat (3). Ista analiza je pokazala tudi dvakrat večji delež zastojev v rasti ploda in prezgodnjih porodov.

Za antipsihotike druge generacije velja, da niso varnejši od prve. Vpletajo se v presnovne poti in večajo tveganje za nastanek nosečniške sladkorne bolezni. Predvsem vplivajo na večje pridobivanje materine telesne teže med nosečnostjo in na rast ter porodno težo novorojenčkov (klozapin, olanzapin) (18, 19). Zato je priporočeno odkrivanje sladkorne bolezni pri materi in pogostejše ultrazvočno spremljanje rasti ploda.

Anksiolitiki

Novejše retrospektivne in prospektivne študije niso potrdile zvečanega tveganja za razcepe ustnic in neba pri jemanju **benzodiazepinov**, čeprav so bile te nepravilnosti opisane na eksperimentalnih študijah na živalih. Nekatere populacijske študije pa so pokazale zvečano tveganje za srčno-žilne nepravilnosti pri jemanju skupaj z zaviralci ponovnega privzema serotonina (20).

Zdravljenje odvisnosti od opioidov

Eksperimentalne študije na živalih niso pokazale teratogenega učinka **metadona**. Posamezne kohortne študije so dokazale mejno zvečano tveganje za razvojne nepravilnosti (od 2,5- do 4,6-krat, brez jasno izraženega vzorca nepravilnosti) in zvečano tveganje za prezgodnji porod (8). Tudi za **buprenorfin** in **naltrekson** ni dokazan teratogeni učinek na eksperimentalnih študijah na živalih (2, 8). V nam dostop-

nih podatkih nismo našli podatkov o zvečanem tveganju na razvoj ploda pri jemanju buprenorfina, zaenkrat pa so omejeni tudi podatki o vplivu naltreksona na plod ali izid nosečnosti.

Vpliv psihotropnih zdravil na novorojenčka

V letu 1973 je bil prvič opisan »odtegnitveni sindrom« pri novorojenčkih (angl. *neonatal withdrawal* ali *neonatal abstinence syndrome*), ki so bili prenatalno izpostavljeni **antidepresivom**. Ker je vzrok za odtegnitveni sindrom včasih nejasen (odtegnitev ali škodljivi učinek zdravila), se v strokovni literaturi uporablja tudi klinični opis »slaba prilagoditev na zunajmaternične razmere« (angl. *poor neonatal adaptation syndrome*) (2).

Leta 2006 je bila objavljena raziskava primerov s kontrolami, ki je pokazala zvečano pojavnost trajne pljučne hipertenzije pri novorojenčkih mater, ki so jemale **zaviralce ponovnega privzema serotonina** v drugi polovici nosečnosti (21). Poznejše raziskave so pokazale nasprotno: če si ugotovitve, zadnja iz leta 2015, ki pa je vključevala skoraj 129.000 žensk, ni dokazala povezave med prenatalno izpostavljenostjo zaviralcem ponovnega privzema serotonina in trajno pljučno hipertenzijo pri novorojenčkih (22).

Litij lahko vpliva na prilagajanje novorojenčka na zunajmaternično življenje, na vzpostavitev normalnega dihanja, hranjenje, lahko vpliva tudi na mišični tonus in pojavnost hiperbilirubinemije. Problemi so odvisni od serumske koncentracije litija v popkovni krvi ob rojstvu, predvsem če je večja od 8 mmol/L (8).

Mnenja o toksičnem delovanju **antipsihotikov** na novorojenčka so deljena (3, 23). Pri jemanju antipsihotikov v zadnjem trimesečju nosečnosti oz. do poroda se lahko pri novorojenčku pokažejo znaki odtegnitve in prehodni ekstrapiramidni stranski učinki (distonija, nemir, hipertoničnost, tremor).

Jemanje **benzodiazepinov** je povezano z znaki odtegnitvenega sindroma. Novorojenčki imajo lahko slabšo oceno po Apgarjevi, motnje termoregulacije, motnje dihanja z apnejo, hipotonijo in motnje hranjenja.

Tudi zdravljenje odvisnosti od opioidov je povezano z odtegnitvenim sindromom. Incidenca odtegnitvenega sindroma je pri novorojenčkih mater, ki so jemale **metadon** med nosečnostjo, od 55 do 94 odstotkov (24, 25). Novorojenčki imajo motnje dihanja in srčnega utripa, tremor, spremembe barve kože, nihanje telesne temperature, motnje hranjenja z bruhanjem in so pogosteje zelo razdražljivi.

V več študijah ni bila dokazana povezava med odmerkom metadona z izraženostjo odtegnitvenega sindroma. Podobno velja tudi za **buprenorfin** (26).

Vendar nekatere študije opisujejo manjše tveganje za prezgodnji porod, boljše ocene po Apgarjevi in manj dihalne stiske novorojenčka pri jemanju buprenorfina v primerjavi z metadonom. Tudi čas trajanja hospitalizacije je bil za novorojenčke mater, ki so jemale buprenorfin, krajši kot za novorojenčke, ki so bili izpostavljeni metadonu (27).

Dolgoročni vpliv psihotropnih zdravil

Raziskovalci so v več študijah opazovali povezavo med jemanjem **zaviralcev ponovnega privzema serotonina** med nosečnostjo in spektroatvističnimi motnjami. Rezultati opazovanj Croena s sodelavci (28) so pokazali, da je pojavnost avtizma med otroki mater, ki so v letu pred porodom jemale antidepresive, večje za vsaj dvakrat, z največjim učinkom pri jemanju v prvem trimesečju nosečnosti. Do enakih ugotovitev so prišli tudi v švedski študiji primerov s kontrolami, ki je vključevala veliko kohortno skupino 500.000 otrok. Nasprotno pa v novejši danski kohortni študiji, ki je zajela 10-letno opazovano obdobje, niso našli povezave z jemanjem zdravil med nosečnostjo, nasprotno zvečano je bilo tveganje pri materah, ki so jemale zdravila pred nose-

čnostjo. Žal pa študija ne vključuje analize same bolezni matere na pojavnost spektroavtističnih motenj pri otrocih (29).

V zadnjih letih so bili objavljeni tudi izsledki raziskav o povezanosti **valprota** s spektroavtističnimi motnjami (30, 31).

V nam dostopni literaturi najdemo malo podatkov o vplivu jemanja **antipsihotikov** na dolgoročni razvoj otrok. Za prenatalno izpostavljenost otroke antipsihotikom prve generacije ni bil značilno dokazan vpliv na njihov telesni, motorični ali duševni razvoj v starosti pet let (32).

Otroci mater, ki so jemale antipsihotike druge generacije, pa so kazali psihomotorični zaostanek pri starosti dva, tri in šest mesecev. V nekaterih študijah primerov s kontrolami ta zaostanek ni bil več opazen pri starosti 12 mesecev (23, 33, 34). Do sedaj najdemo največ podatkov za olanzapin, v večini opisanih primerov so imeli otroci normalen psihomotorični razvoj.

Obstajajo domneve, da izpostavljenost **benzodiazepinom** med celotno nosečnostjo vpliva na duševni razvoj teh otrok, na njihovo pozornost, zaznavanje, mišljenje in čustvovanje. Nekateri avtorji opisujejo tudi nevrološke znake in simptome, predvsem pri otrocih mater, ki so se z benzodiazepini zastrupile oz. je bila njihova uporaba zlorabljena (8).

Podatki o dolgoročnem vplivu učinkovin za zdravljenje odvisnosti od opioidov so nasprotujoči si in pogosto je težko ločiti neposredni vpliv učinkovine od posledic perinatalnih zapletov in socioekonomskega okolja, v katerem se ti otroci razvijajo. Nekatero študijo dokazujejo škodljivi vpliv **metadona** na poznejši psihomotorični razvoj, predvsem na razvoj govora in intelektualni razvoj (8).

Švedska študija 25 otrok, ki so bili izpostavljeni **buprenorfinu**, je pokazala, da imajo v starosti od pet do šest let motnje pozornosti, koncentracije in spomina, medtem ko je bil njihov telesni razvoj normalen (35).

Zaključek

Danes vemo, da že sama duševna motnja in z njo povezane presnovne in hormonske spremembe v materinem telesu delujejo teratogeno. Zato je težko postaviti mejo med vplivom duševne motnje in neposrednim učinkom psihotropnega zdravila na zarodek, plod, novorojenčka in na poznejši psihomotorični razvoj otroka. Zavedati se moramo omejitev ali pristranskosti objavljenih študij, ki so večkrat le opisi posameznih primerov ali analize izredno majhnih vzorcev ter dejstva, da je na področju predvsem dolgoročnega vpliva psihotropnih zdravil še veliko neznank in odprtih vprašanj.

Želimo si, da bi bile nosečnosti načrtovane, že pred nosečnostjo izbrana ustrezna zdravila, o katerih imamo dovolj informacij, določeni primerni še učinkoviti odmerki ter omogočeno usklajeno interdisciplinarno vodenje nosečnosti ob upoštevanju tudi bolničinih želja in pričakovanj (1, 2).

Literatura

1. Geršak K, Bratanič B. Zdravila v nosečnosti in med dojenjem. Ljubljana: Pliva; 2005.
2. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*. 2016; 532: h5918.
3. Coughlin CG, Blackwell KA, Bartley C, et al. Obstetric and Neonatal Outcomes After Antipsychotic Medication Exposure in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015; 125: 1224–35.
4. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, et al. National Birth Defects Prevention Study. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2007; 356: 2684–92.
5. Alwan S, Friedman JM. Safety of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. *CNS Drugs*. 2009; 23: 493c509.
6. Huybrechts KF, Sanghani RS, Avorn J, et al. Preterm birth and antidepressant medication use during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014; 9: e92778.
7. Wang S, Yang L, Wang L, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and the risk of congenital heart defects: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Am Heart Assoc*. 2015; 4: e001681.

8. ReproTox: A data base on the reproductive effects of chemicals, medications, physical agents, and biologics. Washington: Reproductive Toxicology Center [citirano 2017 Nov 10]. Dosegljivo na: <https://reprotox.org>
9. Holmes LB, Baldwin EJ, Smith CR, et al. Increased frequency of isolated cleft palate in infants exposed to lamotrigine during pregnancy. *Neurology*. 2008; 70: 215–28.
10. Dolk H, Jentink J, Loane M, et al; EUROCAT Antiepileptic Drug Working Group. Does lamotrigine use in pregnancy increase orofacial cleft risk relative to other malformations? *Neurology*. 2008; 71: 714–22.
11. Pearlstein T. Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. *Womens Health*. (Lond Engl) 2013; 9: 605–15.
12. Kallen B, Tandberg A. Lithium and pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 68: 134–9.
13. Jacobson SJ, Jones K, Johnson K et al. Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester. *Lancet*. 1992; 339: 530–3.
14. Ferner RE, Smith JM. Lithium and pregnancy. *Lancet*. 1992; 339: 869.
15. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, et al. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *JAMA*. 1994; 271: 146–50.
16. Vigod SN, Gomes T, Wilton AS, et al. Antipsychotic drug use in pregnancy: high dimensional, propensity matched, population based cohort study. *BMJ*. 2015; 350: h2298.
17. ACOG Practice Bulletin. Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol*. 2008; 111: 1001–20.
18. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull*. 2010; 36: 518–44.
19. Reis M, Kallen B. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *J Clin Psychopharmacol*. 2008; 28: 279–88.
20. Oberlander TF, Warburton W, Misri S, et al. Major congenital malformations following prenatal exposure to serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines using population-based health data. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*. 2008; 83: 68–76.
21. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, et al. Selective serotoninreuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med*. 2006; 354: 579–87.
22. Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, et al. Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *JAMA*. 2015; 313: 2142–51.
23. Gentile S, Fusco ML. Neurodevelopmental outcomes in infants exposed in utero to antipsychotics: a systematic review of published data. *CNS Spectr*. 2017; 22: 273–81.
24. Fullerton CA, Kim M, Thomas CP, et al. Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*. 2014; 65: 146–57.

25. Jones HE, O'Grady KE, Malfi D, et al. Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Am J Addict.* 2008; 17: 372–86.
26. Jones HE, Dengler E, Garrison A, et al. Neonatal outcomes and their relationship to maternal buprenorphine dose during pregnancy. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 134: 414–7.
27. Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *N Engl J Med.* 2010; 363: 2320–31.
28. Croen LA, Grether JK, Yoshida CK, et al. Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1104–12.
29. Hviid A, Melbye M, Pasternak B. Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of autism. *N Engl J Med.* 2013; 369: 2406–15.
30. Bromley RL, Mawer GE, Briggs M, et al. The prevalence of neurodevelopmental disorders in children prenatally exposed to antiepileptic drugs. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013; 84: 637–43.
31. Christensen J, Gronborg TK, Sorensen MJ, et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA.* 2013; 309: 1696–703.
32. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132 Suppl 445: 1–28.
33. Peng M, Gao K, Ding Y, et al. Effects of prenatal exposure to atypical antipsychotics on postnatal development and growth of infants: a case-controlled, prospective study. *Psychopharmacology. (Berl)* 2013; 228: 577–84.
34. Johnson KC, LaPrairie JL, Brennan PA, et al. Prenatal antipsychotic exposure and neuromotor performance during infancy. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69: 787–94.
35. Wahlsten VS, Sarman I. 2013. Neurobehavioural development of preschool-age children born to addicted mothers given opiate maintenance treatment with buprenorphine during pregnancy. *Acta Paediat.* 102: 544–9.

Obporodna depresija

Vislava Globevnik Velikonja

Uvod

Depresija je hromeča motnja razpoloženja. Zgodovinsko je bila poporodna depresija v družbi in znotraj zdravstvenega sistema zanikana in matere so bile prepuščene trpljenju v strahu, zmedenosti in molku. Še sredi prejšnjega stoletja, ko so se že zavedali uničujočih posledic obporodne psihoze, poporodna depresija še ni bila del bolnišničnih statistik (1). Danes Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB 10-AM) uvršča poporodno depresijo pod oznako F53. Ta kategorija vključuje le duševne motnje, povezane s puerperijem (z začetkom v prvih šestih tednih po porodu), ki ne izpolnjujejo kriterijev za motnje, uvrščene kje drugje v poglavju F (2). Poporodna depresija se lahko pojavi kadarkoli v prvem letu po porodu (3). V zadnjem obdobju raziskovalci ne razlikujejo več med depresijo v nosečnosti in po porodu, ampak se uveljavlja termin obporodna oz. perinatalna depresija. Nezdravljena ali slabo zdravljena depresija med nosečnostjo naj bi v 50–62 odstotkih prešla v poporodno depresijo (4).

Poznavanje normalnih bioloških, čustvenih in psihosocialnih sprememb v obporodnem obdobju predstavlja osnovo za oceno čustvenih in psihičnih prilagoditvenih težav in motenj tega obdobja. Številni dejavniki iz okolja vplivajo na izkušnjo nosečnice med prehodom v starševstvo. Naloga perinatalne psihologije ni usmerjena le na dobro počutje nosečnice, pač pa na oba starša in s tem tudi na dobro počutje ploda in pozneje otroka (5).

Ne glede na strokovna prerekanja in klasifikacije bi lahko rekli, da je depresija pač depresija, in tudi za hudo obporodno depresijo veljajo isti diagnostični kriteriji. Oseba ima vsaj dva tedna naslednje simptome: depresivno razpoloženje ali izgubo interesov ter še najmanj štiri izmed naslednjih: spremenjen apetit, motnje spanja, upočasnjenost, utrujenost, občutek brezvrednosti, motnje pozornosti in koncentracije, samomorilne misli (3). Kljub temu pa je obravnava depresije v obporodnem obdobju drugačna: na eni strani zato, ker pogosto ženska, njena družina in tudi ginekolog odklanjajo zdravljenje z zdravili, po drugi strani pa gre za mlade ženske, pri katerih je smiselno poleg medikamentozne terapije vedno ponuditi tudi psihoterapevtsko pomoč njej in njeni družini. Za poporodno depresijo je značilna prisotnost še dodatnih simptomov: težave z dojenjem, obsesivne misli ali impulzi, povezani z otrokom, ambivalentna čustva ali pomanjkanje ljubečih čustev do otroka, strah pred neuspehom, občutek neustreznosti v vlogi matere ter pogosto bedenje ob otroku (6).

Razširjenost

Čeprav je bila nosečnost včasih za večino žensk pojmovana kot obdobje dobrega počutja, ki štiti žensko pred psihiatričnimi motnjami, je depresija najpogostejša obporodna motnja. Različne tuje raziskave poročajo o prevalenci perinatalne depresije pri 10–20 odstotkih žensk, 9–13 odstotkih nosečnic in 12–16 odstotkih žensk po porodu. Pri tretjini oz. polovici primerov naj bi šlo za hujšo obliko bolezni (3, 7). Naša raziskava v letu 2011 je pokazala prisotnost depresije pri

21,7 odstotka nosečnic, delež depresije med trimesečji se ni razlikoval (8). Glede na naše podatke in na podatke iz tujine bi pomenilo, da je v letu 2012 poporodno depresijo doživelo okoli 4.300 porodnic, od tega okoli 1.400 v hujši obliki (9).

Večina epizod perinatalnih depresij izzveni spontano znotraj 3–6 mesecev, 25 odstotkov žensk je še depresivnih eno leto po porodu. Pri 25–50 odstotkih žensk s poporodno depresijo le-ta traja šest mesecev in več. Najpomembnejši faktor, ki vpliva na trajanje epizode, je trajanje depresije pred začetkom ustreznega zdravljenja (10).

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 odstotkov (6).

Poporodno depresijo moramo razlikovati od drugih psihičnih motenj v obporodnem obdobju, tudi od poporodne otožnosti kot najblažje oblike motenj razpoloženja v poporodnem obdobju in poporodne psihoze, ki velikokrat nastopi v obliki velike depresije kot najbolj intenzivne motnje razpoloženja.

Zavedati se moramo tudi visoke komorbidnosti obporodne depresije z anksioznimi motnjami (18,4 odstotka anksioznih ima tudi depresivno motnjo in 33,9 odstotka depresivnih ima tudi anksiozno motnjo; v 2–4 odstotkih so našli komorbidnost depresivne in anksiozne motnje šest tednov po porodu), motnjami hranjenja v anamnezi (39,1–66,7 odstotka žensk z motnjami hranjenja v anamnezi je trpelo zaradi depresije v nosečnosti in 45,5–70,0 odstotka po porodu), spolno zlorabo v otroštvu (28,6 odstotka žensk z globoko poporodno depresijo je imelo v anamnezi tudi spolno zlorabo v otroštvu) in zlorabo cigaret, alkohola in nedovoljenih drog (3).

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 jo doletijo težke izkušnje, duševne motnje v perinatalnem obdobju. Biološke spremembe, kot so spremembe v spolnih hormonih, nevrottransmitterjih, endokrinih hormonih, imunskem sistemu in spanju, ki se dogajajo v času nosečnosti in laktacije, lahko prispevajo k nastanku ali poslabšanju že obstoječe psihične bolezni ali motnje v obporodnem obdobju. Raziskave o dedovanju in genetiki kažejo, da imajo nekatere ženske predispozicijo za razvoj psihopatologije v perinatalnem obdobju (11).

V metaanalizi iz leta 2001 je Beck ugotovil 13 dejavnikov tveganja za poporodno depresijo: prenatalna depresija, nizko samospoštovanje, težave z otrokovo nego, prenatalna anksioznost, visoka raven stresa, slaba socialna podpora, slaba zakonska zveza, depresija v anamnezi, težaven temperament v otroštvu, poporodna otožnost, samski stan, nizek socialno-ekonomski status, nezaželena ali nenačrtovana nosečnost (1). V metaanalizi iz leta 2004 pa je Robertson s sodelavci ugotovil, da so najmočnejši dejavniki tveganja prenatalna depresija, prenatalna anksioznost, stresni življenjski dogodki v zadnjem letu, pomanjkanje socialne podpore, depresija pred nosečnostjo; srednje močni dejavniki tveganja so slab zakonski odnos, nevroticizem; majhno tveganje pa nosijo s sabo tudi porodniški faktorji (zapleti med nosečnostjo in porodom) in nizek socialno-ekonomski status. Tudi matere, ki rodijo nedonošenčke, in tiste z dvojčki ali trojčki imajo večje tveganje za razvoj poporodne depresije (1). Drugi avtorji omenjajo še nezrel obrambni slog, zunanji lokus kontrole (psihološki termin, ki označuje prepričanje, da so zunanji dejavniki vzrok za to, kar se dogaja z njimi in kako se počutijo), uporabo iracionalnih prepričanj, težko otroštvo s sovražnimi ali ne vključenimi starši, slab odnos z mamo, spolno zlorabo v anamnezi in reproduktivno izgubo (5).

Lancaster je leta 2010 objavil dejavnike tveganja obporodne depresije po moči vpliva in jih razdelil na dejavnike tveganja za predporodno depresijo (prenatalna anksioznost, negativni stresni življenjski dogodki, premalo partnerjeve podpore, pomembni življenjski dogodki, depresija v anamnezi, pomanjkanje socialne podpore, nezaželena nosečnost, kakovost partnerskega odnosa) ter dejavnike tveganja za poporodno depresijo (prenatalna depresija, pomanjkanje samozavesti, stres zaradi skrbi za otroka, prenatalna anksioznost, stresni življenjski dogodki, pomanjkanje socialne podpore, kakovost partnerskega odnosa, depresija v anamnezi, temperament otroka in poporodna otožnost). Brez pomembnega vpliva na depresijo v nosečnosti v omenjeni metaanalizi so bili: dnevni stres, socialno-ekonomski status, nezaposlenost, zloraba drog in reproduktivna zgodovina (12).

Posledice za zdravje

Posledice obporodne depresije so številne tako za mater in otroka kot druge odnose v družini. Pri plodu povečuje tveganje za prezgodnji porod, nizko porodno težo, zastoj rasti, povišan srčni utrip in povišano motorično aktivnost. Te težave pripisujejo slabi regulaciji osi hipotalamus – hipofiza – nadledvičnica tako pri materi kot pri plodu. Depresivna nosečnica ima povečano tveganje za neustrezno pridobivanje teže v nosečnosti, za pojav gestacijskega diabetesa, manj obiskov pri ginekologu ter zlorabo drog. Depresivna mati izraža manj verbalne in očesne komunikacije z otrokom v prvih šestih mesecih po porodu, otroci depresivnih mater pa so manj dojeni, imajo več težav s spanjem, razvijejo negotovo izogibalno vedenje, imajo slabši čustveni, kognitivni in socialni razvoj ter več čustvenih motenj v adolescenci. Več dolgoročnih škodljivih vplivov na otroka opažajo pri ponavljajoči ali dolgotrajni depresiji. Depresija v perinatalnem obdobju ima tudi dolgoročne vplive na partnerski odnos (13, 14).

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 hiperaktivnost (ADHD), motnje vedenja, prizadetost v kognitivnem razvoju. Te težave so neodvisne od morebitne poznejše anksiozne ali depresivne motnje v poporodnem obdobju. Večina otrok ni prizadetih in tisti, ki so, so lahko na več načinov, najverjetneje zaradi drugačne genetske občutljivosti in kakovosti poporodne nege. V zadnjem času se več razumevanje mehanizmov, ki so v ozadju fetalnega programiranja – bodisi zaradi sprememb v delovanju placente, ki dopušča prehod večji količini stresnega hormona kortizola do ploda, bodisi zaradi epigenetskih sprememb. Za klinično prakso je pomembno, da z izboljšanjem čustvenega stanja nosečnic pomembno izboljšamo izid pri otrocih (15). 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 (16).

Preventiva

Pravočasna diagnostika in prepoznavna žensk s povečanim tveganjem za poporodno depresijo sta pogoj za zagotavljanje zgodnjih intervencij in ustrezno obravnavo te pogoste in škodljive motnje (1). Ugotovili so, da predporodna psihosocialna ocena tveganja za razvoj poporodne depresije lahko izboljša zdravnikovo zavedanje psihosocialnega tveganja, a to samo po sebi še ne vodi v izboljšanje perinatalnega izida. Pogovor o tveganju in preventivne informativne zloženke niso bile dovolj. Vsekakor so na tem področju pomembne nove, večje

študije za izboljšanje tega pomembnega področja javnega zdravja. Učinkovitost intervencij je treba ocenjevati ne samo v prvih mesecih po porodu, pač pa tudi leto dni po porodu, in to pri materi, otroku in celi družini (17). 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 (18).

Presejalni testi za prepoznavo ogroženih nosečnic

Zdravniki prepoznajo le 26 odstotkov nosečnic s psihično motnjo. Zgolj 12 odstotkov nosečnic s samomorilnimi idejami in samo 26 odstotkov nosečnic s prepoznano motnjo razpoloženja dobi ustrezno strokovno pomoč (19), zato je nujno ustrezno presejanje za psihične motnje v nosečnosti.

Smernice EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology – EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services) in smernice NICE (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 zdravljenje). Povprašati je treba o duševnih motnjah, o načinu uživanja psihotropnih snovi in morebitnem nasilju nad nosečnico (20).

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 (EPDS, *angl. Edinburg Postnatal Depression Scale*), ki vsebuje deset vprašanj (21). V svetu še vedno iščejo primernejše načine za presejanje (EPDS je predolg), ki bi jih lažje vnesli v klinično prakso (22).

V Veliki Britaniji in Švici se uporablja tudi 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:

- Ali ste se v zadnjem mesecu pogosto počutili potrto, depresivno ali brezupno?
- Ali ste v zadnjem mesecu pogosto počeli stvari brez pravega zanimanja ali zadovoljstva?

Če je odgovor na eno vprašanje »da«, je treba žensko napotiti k psihiatru ali kliničnemu psihologu za diagnostično oceno in ustrezno terapevtsko pomoč (23).

Seveda obstajajo še drugi presejalni testi in nekateri avtorji ugotavljajo, da noben test nima povsem zadovoljivih merskih lastnosti in da gre za velike medkulturne razlike in druge dejavnike, ki lahko vplivajo na lažno negativen ali pozitiven rezultat, kot so osebnostne značilnosti, travmatski dogodki ipd. (21).

Nekateri skušajo s pomočjo EPDS presejati tudi za anksiozne motnje (EPDS-A3) z upoštevanjem podrezultata pri treh vprašanjih (24), drugi pa raje anksioznost presejajo z GAD-2 (*The 2-item Generalized Anxiety Disorder scale*) ki ima visoko senzitivnost in specifičnost za generalizirano anksiozno motnjo ter visoko specifičnost za panično motnjo, socialno anksiozno motnjo in potravmatsko stresno motnjo (25)

V Sloveniji se poskus pravočasne prepoznave ogroženih nosečnic za depresijo v perinatalnem obdobju z vključitvijo Vprašalnika dobrega počutja (WHO Euro Five Well Being Questionnaire) v materinsko knjižico ni izkazal kot učinkovit, saj marsikdo še vedno podcenjuje psihični vidik nosečničinega počutja in večina vprašalnikov ostaja neizpolnjenih. Za boljši vpogled in lažjo oceno stanja in premikov pa bi bilo treba rezultate presejanja vnesti v porodni zapisnik in s tem tudi v

NPIS (Nacionalni perinatalni informacijski sistem). Po drugi strani pa sta v zadnjih letih vendarle večja osvešččenost in prepoznavanje poporodne depresije pri ženskah samih in v družbi, zahvaljujoč skupnim prizadevanjem za informiranje tudi laične javnosti. Prav tako je bil v stroki dosežen konsenz za uvedbo presejanja na depresijo, nasilje in odvisnosti v nosečnosti in po porodu v Sloveniji. Seveda je presejanje smiselno ob predhodni organizaciji mreže strokovnjakov (psihiatrov in kliničnih psihologov) z dodatnimi znanji za ustrezno terapevtsko obravnavo depresije v perinatalnem obdobju. Mreža v Sloveniji je vzpostavljena, objavljena je na spletu NIJZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje) in v načrtu je dodatno izpopolnjevanje le-te.

Obravnava depresivnih motenj v obporodnem obdobju

Depresija je najpogostejša obporodna motnja. 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 (26).

Ženske z blago depresijo morda potrebujejo svetovanje, zlasti v smislu edukacije ženske in 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 medikamentozno podporo. Pri zmernih oz. hudih oblikah depresije pa je nujno psihiatrično zdravljenje z antidepressivi (27).

Nedavni podatki kažejo, da je zdravljenje z antidepresivi med nosečnostjo in dojenjem pogosto potrebno zaradi slabe dostopnosti in visokih stroškov psihoterapevtske obravnave (26).

Psihoterapija je pogosto sredstvo izbora za ženske v obporodnem obdobju, ki se želijo ogniti stranskim učinkom psihotropnih zdravil na plod in dojenčka. Večina raziskav psihoterapije v perinatalnem obdobju je bila narejena ob obravnavi depresivnih motenj. Medosebna in vedenjsko-kognitivna terapija 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. Kognitivno-vedenjska terapija 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 izbiramo terapevtske tehnike, ki same po sebi ne dvigajo anksioznosti, ki je za plod lahko škodljiva. Zato je pogosto sredstvo izbora podporna terapija, ki predpostavlja, da so ženske v perinatalnem obdobju zelo ranljive in potrebujejo sprejetost v varnem terapevtskem odnosu ter občutek, da se skrbi zanje. Ni pa dovolj študij, ki bi podprle izvajanje podporne terapije s strani dodatno izobraženih obiskovalk na domu in paraprofesionalcev. Razvoj gre v smer alternativnih oblik (npr. teleterapije), da bi bile lažje dosegljive 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 (22).

Zaradi neobstoja metateorije o psihičnih motnjah ni ene same vseobsegajoče psihoterapevtske modalitete, zato moramo biti tudi pri izbiri psihoterapevtskih tehnik eklektični in moramo izbor prilagoditi potrebam posamezne ženske oz. družine. Pri nas v obravnavi depresije v obporodnem obdobju najpogosteje kombiniramo individualno obravnavo s psihodinamskim ali kognitivno-vedenjskim pristopom z vključitvijo partnerja oz. moža v obravnavo, pri čemer upoštevamo načela partnerske oz. družinske terapije. Veliko depresivnih žensk med nose-

čnostjo ali po porodu istočasno vključimo v skupino za učenje tehnik sproščanja (modificirana oblika avtogenega treninga), zlasti ko so prisotni tudi simptomi anksiozne motnje. Vključitev partnerja je zelo pomembna, saj klinične izkušnje kažejo, da če ženska čuti, da ima v partnerju dobrega očeta za svojega otroka in dobrega moža zase, odpade veliko razlogov za poporodno depresijo oz. to blaži druge dejavnike tveganja. Tako je njegovo sodelovanje v obravnavi hkrati diferencialno diagnostično, saj istočasno vidimo kakovost njenega odnosa, njegovo pripravljenost za pomoč in skrb za otroka. Drugi pomembni razlog za družinsko terapijo je, da je le-ta v tem razvojnem obdobju družine zelo učinkovita, saj so navadno še vsi člani zelo motivirani za sodelovanje in niso še obremenjeni z dolgotrajnimi neuspeli. 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. V primeru globoke depresije s suicidalnimi ideacijami in/ali hude anksioznosti usmerimo nosečnico ali žensko k psihiatru za presojo uvedbe tudi medikamentozne terapije (9).

Študija Formana in sodelavcev je pokazala, da učinkovita obravnava poporodne depresije ni dovolj za izboljšanje odnosa mati-otrok, zato je nujno ob obravnavi poporodne depresije pri materi obravnavati tudi njen odnos z otrokom. Matere s hujšo depresijo so bile šest mesecev po porodu manj odzivne v odnosu do svojih otrok, izražale so več stresa, povezanega s starševstvom, in ocenile svojega otroka bolj negativno kot nedepresivne matere. Osemnajst mesecev po porodu so ugotavljali, da je psihoterapija zmanjšala le starševski stres, čeprav je bil še vedno višji kot pri nedepresivnih materah, še vedno pa so slabše ocenile otrokovo varnost v čustvenem navezovanju ter opisale več vedenjskih in temperamentnih težav pri otroku (28). V naši študiji o učinkovitosti preventivnega programa za prezgodaj rojene otroke in njihove starše, ki je poleg individualnega dela s starši vključeval tudi edukacijo in čim zgodnejše vključevanje v nego otroka,

vključno z metodo kengurujčkanja, 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 (29).

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 (9).

Zaključek

Depresija je najpogostejša psihična motnja v obporodnem obdobju. Incidence so znane, zavedati pa se moramo tudi komorbidnosti depresije z drugimi psihičnimi motnjami. Neprepoznane in neobravnavane psihične 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, 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. Misri S, Abizadeh J, Nirwan S. Depression during Pregnancy and the Postpartum Period. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 111-131.
4. 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.
5. Miller, L. J., Psychological, Behavioral, and Cognitive Changes during Pregnancy and the Postpartum. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press 2016; 7-25.
6. Milgrom J, Martin PR, Hegri LM. Threatening postnatal depression – A Psychological Approach for Health Care Practitioners. Chichester: John Wiley & Sons LTD, 1999.
7. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obst Gyn* 2005; 106:1071–83.
8. Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 2015; 54 (1), pp. 45-50.
9. Globevnik Velikonja V, Jelenko-Roth P, Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Pomen in način zgodnjega odkrivanja obporodne depresije. V: *Meden-Vrtovec, H., Lukanovič, A. (eds), 5. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije [Zbornik prispevkov]*, Ljubljana, 8. do 9. junij 2013, Medicinski razgledi, 2013; 52 (supl. 3), 29-39.
10. Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment indication. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002;27(5): 282-7.
11. Vigod SN, Steiner M. Biomarkers of Perinatal Psychopathology. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press 2016; 252-267.
12. 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.
13. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011 March; 13(1):89–100.
14. 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.
15. Glover V. Maternal Stress During Pregnancy and Infant and Child Outcome. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 268-283.

16. Goodman JH, Liu CH. Maternal Psychopathology and Child Attachment. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 284-316.
17. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 8(4): CD005124.
18. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ*. 2005 Jul 2; 331(7507):15.
19. 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): 407-414.
20. NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence). Available at: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health>
21. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Jan;107(1):10-7.
22. Wenzel A. Ed. *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 1-4, 341-365, 665-667.
23. 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): 317-325.
24. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25(11):926-31.
25. The 2-item Generalized Anxiety Disorder scale had high sensitivity and specificity for detecting GAD in primary care. *Evidence-Based Medicine* 2007;12:149.
26. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Dtsch Arztebl Int*. 2012; 109(24): 419-424.
27. 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.
28. 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 Psychopatol* 2007; 19(2): 585-602.
29. Velikonja V. Reduction of Maternal Depression and Anxiety After Preterm Labour. In: Taro Tamada (ed), Hideo Honjo (ed) *The XV. International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Kyoto: Medimond S.r.l. 2007; 285-288.

Vpliv navezanosti na razvoj in zdravje otroka in matere

Nina Curk Fišer, Maja Drobnič Radobuljac

Uvod

Prvi je pomen navezanosti otroka na mater opisal John Bowlby. Navezanost je opredelil kot sistem vedenja, ki motivira dojenčka, da išče bližino in vzpostavi komunikacijo s starši ali drugimi primarnimi skrbniki. Navezanost dojenčka na mater ima več funkcij, temeljna funkcija navezanosti pa je zaščita dojenčka pred različnimi nevarnostmi, saj predstavlja navezovalna oseba varno okolje, od koder otrok raziskuje zunanji svet, in varno zatočišče, kamor se vrača (1).

Navezanost med otrokom in prvo pomembno odraslo osebo, ki je najpogosteje mati, se razvija od rojstva pa vse do smrti. Prva leta življenja, ko se možgani najintenzivneje razvijajo, so najbolj kritično obdobje za oblikovanje mehanizmov čustvenega odzivanja, regulacije neprijetnih čustev in strategij spopadanja s stresom. Izkazalo se je, da se oblika navezanosti, ki so jo ugotovili pri majhnih otrocih, razvije v

trajen vzorec navezovanja odnosov z drugimi v odrasli dobi. Način vzpostavljanja intimnega odnosa v odrasli dobi pa v mnogočem spominja na način, kako je posamezniku kot otroku uspelo poiskati in ohraniti stik s prvo navezovalno osebo. Raziskave kažejo, da se huda čustvena deprivacija v zgodnjem otroštvu odraža v primanjkljajih na prav vseh področjih razvoja (čustvenem, kognitivnem in telesnem) ter da primanjkljajev pozneje v življenju ni več mogoče v celoti nadomestiti (2).

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

Razširjenost pojava

Raziskovanje navezanosti se je začelo že zgodaj v drugi polovici prejšnjega stoletja z zgodovinskimi opazovanji Mary D. Salter Ainsworth, najprej pri parih mater in otrok v Ugandi, pozneje pa še v Baltimoru v ZDA. Ugotavljala je, da je od oblike in stalnosti skrbi za otroka odvisno, kako se bo otrok vedel do navezovalne osebe v zanj stresnih situacijah – kakšno »obliko navezanosti« bo razvil do te osebe.

Opisala je tri oblike organizirane navezanosti (kategorije): varno navezanost, ki jo najdemo pri okrog 60 odstotkih ljudi v splošni

populaciji, negotovo anksiozno ambivalentno (preokupirano) navezanost, ki jo najdemo pri okrog 15 odstotkih, in negotovo anksiozno izogibajočo navezanost, ki jo najdemo pri okrog 25 odstotkih (3).

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

Danes različni raziskovalci navezanosti ugotavljajo razlike med kategoričnim in dimenzionalnim opisovanjem navezanosti.

Ocenjevanje oz. prepoznavanje oblike navezanosti

Prvo laboratorijsko metodo za raziskovanje navezanosti je razvila Mary D. S. Ainsworth (3). Poimenovala jo je test tuje situacije (angl. *Strange Situation Procedure*, TTS). To je 21 minut dolg postopek, v katerem sodelujejo starš, majhen otrok (star 9–18 mesecev) in raziskovalec. Postopek se snema z videokamero. Med postopkom posnamejo dve krajši ločitvi otroka in starša ter dve njuni ponovni združitvi. Na začetku sta v laboratoriju otrok in starš, ki se večinoma igrata s prej pripravljenimi igračkami. Vstopi raziskovalec (tujec), ki se sprva pogovarja z obema, nato (1.) starš odide, tujec in otrok ostaneta sama, (2.) po nekaj minutah pa se starš vrne in tujec odide. Nato (3.) starš spet odide, otrok za kratek čas ostane sam in za tem vstopi tujec, (4.) nekaj minut za njim pa vstopi še starš.

Navezanost pri otroku ugotavljajo na podlagi reakcij otroka ob odhodu starša ter ob njunem ponovnem snidenju.

Mary Ainsworth je pri svojih opazovanjih poleg oblik navezanosti otroka določila tudi nekaj glavnih ustrežajočih načinov vedenja mater do otrok doma, ki so si bili med seboj predvidljivo podobni. Glavne

oblike vedenja otrok ob ločitvah in združitvah ter vedenja mater do otrok doma so predstavljene v tabeli 1.

Pozneje so drugi strokovnjaki v raziskovalne in klinične namene razvili tudi druga orodja za raziskovanje navezanosti starejših otrok, mladostnikov (npr. intervju navezanosti otroka, *angl. Child Attachment Interview*) (7) in odraslih (npr. intervju navezanosti odraslih, *angl. Adult Attachment Interview*) (8).

Tabela 1: Vedenje otrok pri testu tuje situacije glede na obliko navezanosti otroka in prevladujoče vedenje matere do otroka med opazovanjem na domu (prirejeno po 9).

	Vedenje otroka	Vedenje matere
Varna	Kaže znake nelagodja ob prvi ločitvi, joče vsaj ob drugi ločitvi, hitro pride k materi ob vrnitvi, ob njej se pomiri in vrne k igri – varno okolje, varno zatočišče.	Materino vedenje doma je bilo nežno, skrbno, objemanje in crkljanje, z občutkom za otrokove izkazane potrebe in vzajemno interakcijo, nevsiljivo.
Izogibajoča	Otrokova pozornost je usmerjena v igrače, ne joče ob ločitvah, ne pokaže zanimanja za mamo ob njeni vrnitvi, se ji umakne ali se nagne stran, ko ga pobere.	Matere teh otrok so odklanjale navezovalno vedenje in bile posebej odklonilne do dotikov.
Preokupirana/ ambivalentna	Otrok deluje vseskozi preokupiran z materjo, je opazno jezen ali opazno pasiven, vedenje niha med iskanjem materine bližine in odklanjanjem, se ne umiri po materini vrnitvi in se ne vrne k igri, temveč se še naprej ukvarja z materjo in joče.	Matere teh otrok so jih doma negovale nerodno, nedosledno, neodvisno od neposredne interakcije z otrokom, nevzajemno in nepredvidljivo, vendar ne odklonilno.
Dezorganizirana	Otrok se v prisotnosti matere vede dezorientirano ali dezorganizirano, npr. zmrzne, se ziblje na rokah in nogah, dviga roke v zrak in jih spusti, ko mati vstopi.	Vedenje mater do teh otrok je bilo večinoma zlorablajoče.

Dejavniki tveganja

Preživetje otrok v zgodnji otroški dobi je popolnoma odvisno od negovalca oz. skrbnika, posledično so otroci v tem obdobju veliko

bolj občutljivi in ranljivi ob potencialno tveganih dejavnikih, ki vplivajo na razvoj posameznika kot celote. Varna in stabilna navezanost med otrokom in staršem je izredno pomembna, saj ima izpostavljenost ponavljajočemu in hudemu stresu škodljiv vpliv in moteče vpliva na zgodnji razvoj možganov.

Med dejavnike tveganja štejemo biološko ranljivost otroka (avtizem, duševna manjrazvitost) in neugodne družinske psihosocialne dejavnike (duševna bolezen staršev, zloraba alkohola ali drog pri starših, šibka socialna varnost družine), ki bistveno vplivajo na starševstvo in vzgojo. Predvsem matere kot najpogostejši primarni skrbniki otrok imajo pomembno vlogo kot zunanji regulatorji razvoja otroških možganov in otroškega čustvovanja (10).

Nevrobiološka teorija Allana Schora daje pomen varni navezanosti, ki se začne v prvih urah, tednih in mesecih po rojstvu in vpliva na zgodnji razvoj možganov, saj izkušnje v medsebojni interakciji otroka in starša, prek hormonov in živčnih prenašalcev, ki se v tej interakciji sproščajo, vplivajo na izražanje genov, ki so pomembni za razvoj centralnega živčevja, še posebej v zgodaj razvijajoči se desni možganski hemisferi (11).

Za zgodnje obdobje intenzivne rasti možganov je značilno, da le-ta ni simetrična. Od petindvajsetega tedna nosečnosti do poldruega leta otrokove starosti je v ospredju intenzivna rast desne možganske hemisfere, ki ima prek povezav z limbičnim sistemom bistveno vlogo pri prepoznavanju in zadovoljevanju temeljnih potreb tako otroka kot tudi matere, pri samoregulaciji čustev in razpoloženja, spopadanju s stresnimi situacijami, doživljanju sebe v medosebnih odnosih, učenju, spominu, izločanju endorfinov in uravnavanju avtonomnih – vegetativnih, endokrinoloških, imunoloških in kardiovaskularnih funkcij (11). Limbični sistem v možganih sestavljata amigdaloidno jedro in hipokampus. Hipokampus, ki se razvije med drugim in četrtem letom, je vključen v regulacijo močnih čustev in spomina. Amigdaloidno jedro procesira neprijetne čustvene spomine in je zrelo že ob rojstvu, kar

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.

V najzgodnejšem obdobju življenja otrok izraža svoje potrebe prek senzornih dražljajev, kot so voh, dotik, okus in sluh; že pri starosti dveh mesecev otroci vzpostavijo tudi očesni stik in spontano sodelujejo v komunikaciji z obrazno mimiko in gestikulacijami. Zaznavanje otrokovih potreb in ljubeč odziv nanje vzbuja v otroku občutke zadovoljstva in ugodja. To spodbudi v možganih povišanje koncentracije živčnega prenašalca dopamina, v telesu nastalih opioidov in endorfinov ter vpliva na izražanje genov, kar v otroških možganih spodbuja rast predvsem desne prefrontalne skorje, ki je pozneje v življenju zadolžena za regulacijo čustev in ima nadzor nad izvršilnimi funkcijami. 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 vzburljenja simpatičnega avtonomnega živčevja in povečano aktivnostjo stresne osi (osi hipotalamus – hipofiza – skorja nadledvične žleze). Posledica teh aktivnosti so trajno visoke vrednosti glukokortikoidov (stresnih hormonov, npr. kortizola in adrenalina), 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.

Desna možganska hemisfera ima tudi pri odraslih bistveno vlogo pri odzivanju v medosebnih odnosih. Študije so pokazale, da desna možganska hemisfera pri materah hitreje oceni izraz na otrokovem

obrazu ter se odzove na vidne, tipne in slušne dražljaje kot leva hemisfera. Zato niso presenetljivi izsledki raziskav, ki so pokazali, da otroški jok pri materah aktivira desno hemisfero in da matere najpogosteje pestujejo otroka na levi strani telesa, pri tem pa nagovarjajo njegovo levo uho in na ta način stimulirajo otrokovo desno možgansko hemisfero (12).

Dejavniki tveganja za negotovo navezanost vključujejo dolgotranje in nepredvidljive odzive matere na otrokove potrebe in stiske. Mati, ki otroka zlorablja, čustveno ali fizično, se na otroški jok odziva nepomirjujoče in burno, je razdražljiva in v odnosu do otroka vsiljiva ali sovražna, predstavlja za otroka dolgotrajen stres. Otroci, katerih matere izražajo manj nežnosti in medosebne topline ali pa so z njimi povezane na način, ki ni skladen s potrebami ali signali otroka, in otroci, katerih matere so manj vključene v nego otroka ali pa je njihova nega ravnodušna in odklonilna, so prav tako izpostavljeni ponavljajočemu stresu. Velik stres za otroka predstavlja starš, ki otroka ne zaščiti pred zunanjimi negativnimi vplivi ali svojimi travmatičnimi izkušnjami, ki težje ohranja vsakodnevno rutino otrokovega bioritma čez cel dan in ki otroka zanemarja ali pušča doma brez varstva ali otroka telesno kaznuje (13).

Zaščitni dejavniki

Navezanost vzpostavi medosebni odnos, ki omogoča, da nezreli možgani dojenčka uporabljajo zrele funkcije možganov staršev za reguliranje lastnih čustvenih stanj. V procesu navezovanja imata pomembno vlogo tako otrokov temperament in njegovo zdravstveno stanje kot tudi materina čustvena razpoložljivost, dovzetnost in angažiranost v odnosu do otroka, na katero v veliki meri lahko vpliva materino duševno stanje.

V odnosu s staršem otrok doživi, kako se lahko varno ali negotovo naveže. Varna in stabilna navezanost med staršem – materjo ali oče-

tom – in otrokom predstavlja enega najpomembnejših razvojnih mehanizmov v otroštvu. Otrokova izkušnja, da mu je prva pomembna oseba (najpogosteje mati) pripravljena zagotavljati oporo, fizično bližino, naklonjenost, tolažbo in pomoč, otroka spodbudi k raziskovanju zunanjega sveta. Poleg varnega izhodišča za otrokovo (samo)raziskovanje v okolju varna navezanost otroku omogoča tudi razvijanje lastne avtonomije in občutka samozaupanja, da lahko izziv ali nalogo uspešno reši (2). Otrok prek izkušenj, ki jih dobiva z opazovanjem, kako ravna starša drug z drugim in z zunanjim svetom ter predvsem prek medosebne interakcije najprej z materjo, nato pa z obema staršema (oz. z ljudmi, ki zanj skrbijo kot starši), razvija notranje predstave o sebi in drugih ter predstave o interakciji s pomembnimi drugimi. »Oblika navezanosti« je okvir, ki določa, kako se bo posameznik čustveno odzival in reguliral neprijetna čustva, kakšne strategije spopadanja s stresom bo razvil in kako bo posameznik deloval v večini odnosov, ki jih bo v življenju ustvarjal (14).

Skrbna nega, toplina v medosebnih odnosih do otroka in partnerja, sposobnost zaznavanja čustvenih in telesnih potreb otroka, predvidljivost in stalnost vedenja v starševski vlogi, doslednost pri postavljanju meja otroku brez telesnega kaznovanja in kakovostno preživeti čas z otrokom predstavljajo zaščitne dejavnike za varno navezanost otroka. Pozitiven vpliv na otrokove govorne zmožnosti in navezanost imajo pogovori z otrokom, branje knjig in ljubeče okolje. Ljubeča skrb za otroke in prehrana sta za razvoj možganov izredno pomembni, kar so pokazali z raziskavami pri dojenih otrocih in otrocih, ki niso bili optimalno prehranjeni oz. so utrpeli pomanjkanje hrane. Longitudinalne raziskave, ki so vključevale tudi dvojčke, so pokazale, da je ljubeče ukvarjanje staršev z otroki pri dveh letih vplivalo na bralne sposobnosti otrok dve leti pozneje. S primerjavo genetsko identičnih dvojčkov in sorojencev pa so ugotovili celo, da je bil delež vpliva genetike povsem enak deležu vpliva vzgoje (15).

Posledice za zdravje

Dolgotrajno nezadoščene čustvene potrebe otroka so osnova za razvoj negotove navezanosti, ki jo otrok ponotranji, in za posledično manj kot optimalno delovanje desne možganske hemisfere, predvsem orbitofrontalne skorje in limbičnega sistema, za manjšo plastičnost možganov in nagnjenost k razvoju psihopatologije, še posebej somatizacijskih motenj pozneje v življenju (12). Pri otrocih, ki so bili v zgodnji otroški dobi izpostavljeni stresnim dogodkom in so posledično razvili negotovo navezanost, ugotavljajo dolgotrajne negativne izide na številnih področjih otrokovega razvoja: telesnem in duševnem zdravju, vključenosti v socialno okolje, medosebnih odnosih znotraj družine in področju šolanja ter zaposlovanja. Ugotovljeno je, da imajo otroci z izkušnjo negotove navezanosti slabši kognitivni razvoj, medosebnim stikom se izogibajo, njihove prilagoditvene sposobnosti na spremembe v okolju pa so slabše razvite (16).

Raziskave kažejo, da imajo otroci mater z depresijo v primerjavi z otroki mater brez depresije več negativnih vedenjskih vzorcev, v interakciji z materjo izražajo več negativnih čustev, manj pozitivnih čustev, opaziti je tudi manj besednega izražanja 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 (17). Ugotovljeno je, da obstaja povezava med poporodno depresijo mater in otrokovim zaostankom v telesni rasti v prvem letu življenja, čeprav so imeli ti otroci normalno porodno težo. V literaturi so opisane tudi druge nevrobiološke posledice otrok mater s poporodno depresijo: zaostanek v razvoju govora, nižji inteligenčni kvocient, nižje dnevne vrednosti kortizola in spremenjena odzivnost stresne osi (18).

Zdravljenje

Uspešno zdravljena in ozdravljena duševna motnja pri materi ali stabilizirano psihično stanje matere ob razrešitvi duševnih težav ne zagotavlja tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ali boljšega kognitivnega in socialno-emocionalnega razvoja otroka. Izkazalo se je, da imajo različne intervence ugoden vpliv tako na preprečevanje pojavnosti in ponovitev blagih oz. zmernih duševnih motenj pri materi kot tudi njihovih negativnih posledic na nevrobiološki razvoj otroka.

Programi za starše so ciljno usmerjene kratkotrajne intervence, namenjene izboljšanju odnosa med starši in njihovim otrokom in preprečevanju ali zdravljenju široke palete čustvenih težav otroka. Programi za starše so podprti s številnimi teoretičnimi pristopi (vedenjski pristop, teorija navezanosti, psihodinamski model), zasnovani so kot individualne ali skupinske terapije in vključujejo številne različne tehnike: razprave, igre vlog, ogled videoposnetkov in izvajanje domačih nalog. Metaanalize so potrdile izredno velik vpliv videoposnetkov, ki ga imajo le-ti kot del intervence v programih za starše, na zmanjšanje vedenjskih težav pri otrocih (19).

Pri izbiri najustreznejše intervence je treba upoštevati značilnosti intervence in oceniti ustreznost posamezne intervence za starše in otroka. Ugotovljeno je namreč, da vsi otroci s prisotnimi dejavniki tveganja za pojav negotove navezanosti in posledično težav pozunanjenja slednjih ne razvijejo, kot se tudi učinkovitost intervence pri vseh otrocih ne izrazi v enaki meri. Učinek najuspešnejših intervenc je opaziti pri dveh tretjinah vključenih otrok, še posebej če so ti iz skupin otrok z večjim tveganjem, in je v tesni povezavi z genetskimi predispozicijami, temperamentom in fiziološkimi značilnostmi otroka (20).

Ker ima starševstvo v zgodnji otroški dobi izredno velik pomen za dolgoročno čustveno in vedenjsko funkcioniranje otroka, imajo zgodnje intervence, namenjene podpori starševske vloge v prvih dveh

letih otrokovega življenja, bistveno vlogo pri zmanjševanju poznejših socialnih in zdravstvenih neenakosti. Večina do sedaj opravljenih raziskav se je usmerila v raziskovanje učinkovitosti programov za starše otrok med tretjim in osmim letom. Dokazano je, da zmanjšujejo vedenjsko in čustveno simptomatiko otrok, njihova učinkovitost pa je časovno omejena, najverjetneje zaradi hitrih sprememb v razvoju otrok v zgodnji otroški dobi (21).

Številne raziskave so potrdile uspešnost in učinkovitost posameznih programov za starše, pri tem pa imajo z nekaterimi programi že večdesetletne izkušnje. Med zgodnje indicirane intervence, ki podpirajo in spodbujajo navezovalni odnos med materjo z duševno motnjo in otrokom, uvrščamo individualno psihoterapijo, namenjeno materam, kognitivno-vedenjsko terapijo in psihoterapevtske intervence, v katere so vključene matere skupaj z otroki.

V Kaliforniji je oddelek za socialne službe razvil Kalifornijsko klirinško orodje za dobro počutje otrok, ki temelji na dokazih (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, CECB). Orodje je namenjeno kritičnemu iskanju, izbiri in vpeljavi z dokazi podprtih in učinkovitih programov, ki izboljšujejo varnost otrok, stabilnost in povezanost družine ter promovirajo dobro počutje otroka in njegove družine. Pregled literature in ovrednotenje za CECB sta najvišje na lestvici programov, ki krepijo vez med otrokom in starši in posledično vzpodbujajo otrokov kognitivni, socialni in čustveni razvoj ter vplivajo na duševno zdravje otrok, uvrstila tri programe: Navezanost in biološko-vedenjsko ujemanje (The Attachment and Biobehavioral Catch-up, ABC), Neverjetna leta (Incredible Years, IY) in Krog varnosti (Circle of Security, COS) (22). Zadnja omenjena programa potekata tudi v Sloveniji. Do starosti treh let je trenutno nekaj dokazov o učinkovitosti samo za programa ABC in COS, za starejše otroke pa ima zelo veliko dokazov o učinkovitosti IY. Program IY izvaja trening starševstva v devetih organizacijah po Sloveniji. Program COS, ki dokazano izboljšuje varno navezanost otrok, stabilnost in povezanost družine, izvajajo kot samoplačniško storitev le v Ljubljani. Njegova dostopnost je za

slovenske matere zelo omejena, tako geografsko in finančno kot tudi z vidika slabše seznanjenosti strokovne javnosti s potrebami mater s poporodno depresijo in posledično majhnim številom napotitev. Programa ABC zaenkrat v Sloveniji še nimamo.

Uporabo programov za starše pri otrocih, ki imajo vedenjske težave med tretjim in desetim letom, podpirajo tudi smernice National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (23).

Zaključek

V zadnjih desetletjih je teorija navezanosti z množico novih raziskav na področju nevropsihologije in nevrobiologije dobila dovolj potrditev in dokazov, da ustrezno razlaga tako otrokov razvoj kot razvoj odrasle osebnosti.

Za zdrav razvoj in zorenje možganov so potrebni pravšnja mera spodbude in nelagodja, dober zgled, sledenje lastnim strastem in občutek varnosti. Prav zato je kakovost navezovalnega odnosa med starši in otrokom 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. Vse naštetu predstavlja za matere z duševnimi težavami ali duševno motnjo, ki so v svoji materinski vlogi izredno negotove, velik izziv in neznajdenost, kar še dodatno krepi občutke krivde in nizke samopodobe. Otroci mater z duševnimi motnjami so izpostavljeni velikemu tveganju za razvoj negotovega navezovalnega odnosa v zgodnjem življenjskem obdobju. Zato je izrednega pomena pri materah prepoznati duševne težave ali duševno motnjo, jim zagotoviti pravočasno in ustrezno zdravljenje ter jim skupaj z njihovim otrokom omogočiti dostopnost do učinkovitih intervenc, ki bodo izboljšale odnos med materjo in otrokom v otrokovem zgodnjem življenjskem obdobju.

Intervence, ki imajo dokazano pozitiven vpliv na navezovalni odnos med materjo in otrokom, so izredno pomemben del v obravnavi matere z duševno motnjo ali duševnimi težavami, saj lahko preprečijo ali omilijo številne težave malčkov, predšolskih otrok, mladostnikov in odraslih. V Sloveniji je to področje trenutno zapostavljeno kljub oceni, da se poporodna depresija pojavlja pri 15 odstotkih otročnic, in opažanju, da so razdiralno vedenje in duševne motnje med otroki in mladostniki v porastu. Razlogi za slednje so mnogoteri, sama kakovost navezovalnega odnosa je eden izmed njih, je pa istočasno tudi eden izmed dejavnikov tveganja, na katere je mogoče vplivati. In prav zato je v Sloveniji nujno treba izdelati priporočila glede vpeljave treningov straševstva in drugih komplementarnih preventivnih programov na področju duševnega zdravja otrok.

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. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61: 771-91.
4. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol*. 1996 ed. 1996 Apr;64(2):237-43.
5. Hesse E, Main M. Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1097.
6. Barlow J, Schrader- McMillan A, Axford N, Wrigley Z, et al. Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children- a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health* 2016; 21: 11-20.
7. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Dev Psychol* 2008; 44(4): 939-56.
8. Crowell JA, Waters E, Treboux D, O'Connor E, et al. Discriminant validity of the adult attachment interview. *Child Development* 1996; 67(5): 2584-2599.
9. 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.

10. 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
11. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. New York: Nahwah; 1994.
12. Schore AN. Attachment, affect regulation and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review* 2005; 62(6): 204-217.
13. Stein A, Person R, Goodman S et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800-19.
14. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2008: 348-65.
15. Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF. Early childhood adversity, toxic stress and the role of the paediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012;129: 224-31.
16. Drury SS, Scaramella L, Zeanah CH. The neurobiological impact of postpartum maternal depression: prevention and intervention approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25: 179-200.
17. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Lapsley A. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-Analytic Study. *Child Dev* 2010; 81:435-56.
18. Feldman R, Granat a, Pariente C et al. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation and stress reactivity. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 919-27.
19. Barlow J, 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.
20. Barry W, Edginton E. Evidence- Based parenting interventions to promote secure attachment. *Glob Padiatr Health* 2016; 3:1-14.
21. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, et al. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009; 3. doi:10.1186/1753-2000-3-7.
22. The California Evidence-Based Clearinghaus. Information and Resources for Child Welfare Professionals. Pridobljeno 17.10.2017 s spletne strani: <http://www.cebc4cv.org/leadership/overview/>
23. National Institute for Health and Clinical Excellence. Parent training/ Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders. London: NICE 2006.

Odvisnost od alkohola in nikotina v nosečnosti

Maja Rus Makovec, Marijana Vidmar Šimic

Uvod

Večina žensk, ki pijejo alkohol, ni zasvojenih. Vendar ženske ne vedo vedno, da so zanosile, in pijejo alkohol v pomembnem obdobju razvoja zarodka in ploda. Tako veliko žensk v rodnem obdobju uživa alkohol in del nosečnosti (okoli polovica) ni načrtovanih (1). Zato je bistvenega pomena, kakšen je tudi sicer odnos do legalnih psihotropnih snovi pri ženskah v rodnem obdobju.

Nosečnost je stanje, v katerem vedenje nosečnice zaradi tesne povezanosti oz. povsem telesne odvisnosti ploda od materinega življenjskega sloga ni več percipirano kot le njena zasebna zadeva; posebej to velja za uživanje alkohola in kajenje. Bistvena ovira pri prepoznavanju odvisnosti od alkohola in nikotina (v nadaljevanju tudi: dovoljne psihotropne snovi) pri nosečnicah je v stigmi tega vedenja. Kanadska priporočila glede problematike rabe psihotropnih snovi pri noseč-

nica h posebej poudarjajo potrebo po zmanjšanju stigme med nosečnicami (2). Zdravstveni delavci z morebitnim neprepoznanim in neobvladanim obsojanjem nosečnice predstavljajo oviro za obravnavo odvisnih nosečnic, na drugi strani pa ravno zaradi strahu pred potencialnim stigmatiziranjem lahko ne upajo povprašati nosečnic o pitju alkohola in kajenju (3).

Ko ženske izvedo, da so noseče, so odprte in motivirane za spremembe, da bi zaščitile plod (2), in spontano prenehajo uživati alkohol, vendar to ne uspe tistim, ki so zasvojene. Zaradi svoje nezmožnosti, da bi same prekinile uživanje snovi, ki povzroča odvisnost, doživljajo te nosečnice hud sram in občutke krivde (4), ki nikomur niso v pomoč, še najmanj plodu, saj jih ta doživljanja usmerjajo v skrivanje in jim preprečujejo dostop do zdravljenja.

Razširjenost pojava

Mnogo žensk v rodni dobi posega po alkoholnih pijačah (5), tveganje za škodljivo in odvisniško uživanje alkohola pa se povečuje z večjo količino zaužitega alkohola v nekem okolju. Po odnosu do alkohola spada Slovenija med »mokre države« in slovenska kultura med »mokre kulture« (6). Odvisnost od alkohola ima zaradi razširjenosti v Sloveniji značaj nacionalne patologije, saj prizadene med 8 in 10 odstotkov odrasle populacije (7).

Manj kot 10 odstotkov žensk v Sloveniji ne uživa alkoholnih pijač, največji delež žensk, ki pijejo tvegano, pa je starih med 25 in 34 let (8). To je skupina žensk, ki je najbolj povezana z rodnostjo. Pri kajenju je razmerje med socialnim kajenjem in odvisnostjo obratno kot pri alkoholu, saj je večina kadilk zasvojenih in niso le socialne kadilke. V letu 2012 je v Sloveniji kadilo v starostni skupini z največjo rodnostjo (25–39 let) 20,3 odstotka žensk (9). V ZDA je v letu 2008 kadilo 15,6 odstotka nosečnic, v letu 2014 pa 12 odstotkov nosečnic, pri tem pa je bilo kajenje pri nosečnicah z veliko depresivno epizodo štirikrat

pogostejše (10). Tobačnemu dimu drugih (pasivnemu kajenju) je bilo v Sloveniji v letu 2012 izpostavljenih 34,1 odstotka žensk, najpogosteje ravno v starosti 25–39 let (9).

Dejavnik tveganja

Dejavnike tveganja za razvoj odvisnosti od alkohola in kajenja naj bi zdravstveni delavci poznali, posebej epigenetski dejavnik (11). Med drugim k povečanemu tveganju za kajenje in pitje alkohola v nosečnosti prispeva tudi okolje, in sicer z dostopnostjo ponudbe alkohola in cigaret oz. z gostoto ponudnikov teh snovi (12). Močno vpliva predvsem domače okolje, nosečnice, katerih partner je kadilec, bistveno težje prenehajo kaditi ali pa so pasivno izpostavljene cigaret-nemu dimu (13).

Posledice za zdravje

V prispevku poudarjamo predvsem posledice za zdravje ploda. Izpostavljanje alkoholu med nosečnostjo lahko privede do vrste telesnih okvar ter kognitivnih, vedenjskih in čustvenih motenj, poznanih pod skupnim imenom spekter fetalnih alkoholnih motenj. V nosečnosti alkohol prehaja v plod skozi posteljico; plod ne more razgraditi alkohola kot odrasla oseba, zato se koncentracija alkohola v njegovi krvi veča in je lahko višja od koncentracije alkohola v krvi matere ter ostane taka tudi dlje časa. V razvitem svetu je alkohol, ki ga je uživala nosečnica, eden od glavnih vzrokov za duševno manjzvitost (14). Najtežja oblika je fetalni alkoholni sindrom. Otroci, ki imajo ta sindrom, zaostajajo v rasti že pred rojstvom in po rojstvu, imajo značilne poteze obraza ter poškodbe osrednjega živčevja (15).

Materino kajenje lahko učinkuje na otroka že pred rojstvom, saj strupene snovi iz tobačnega dima prek materinega krvnega obtoka dosežejo tudi otroka. Kajenje v nosečnosti povzroča upočasnjeno rast še nerojenega otroka in nižjo porodno težo, prezgodnji razpok plodovih

ovojev, poveča tveganje za pojav predležee posteljice, prezgodnjo ločitev posteljice, prezgodnji porod in zmanjšanje pljučne funkcije pri otroku (16). Podoben učinek ima tudi pasivno kajenje, saj prav tako povzroča povišano raven nikotina v popkovnični krvi in posledično vpliva na slab izhod nosečnosti (17). Kajenje matere med nosečnostjo in po njej je vzročno povezano s pojavom sindroma nenadne smrti dojenčka (18). Tveganje za nenadno smrt dojenčka je povečano tudi v primerih, ko je mati nekadilka in je kadilec partner, predvsem pri kajenju v bivalnih prostorih.

Morebitna materina zasvojenost v nosečnosti, če ni zdravljena, pomembno vpliva na kakovost navezovanja z otrokom (19).

Zato je izjemnega pomena, da informiramo in spodbudimo nosečnice in ženske, ki načrtujejo nosečnost, da abstinirajo od teh snovi, zdravstveno osebje pa jim je lahko v pomembno pomoč. Ob tem je treba poudariti pomen prenehanja škodljivega pitja in kajenja partnerja, saj s tem povečamo verjetnost abstiniranja ženske in hkrati zmanjšamo tveganje za izpostavljenost pasivnemu kajenju.

Preventiva

Javnost naj bi bila seznanjena, da sta presejanje za alkohol in podpora za spremembo pri ženskah s tveganim vzorcem uživanja alkohola del rutinske skrbi za žensko zdravje (1). Do sedaj nimamo zadovoljivih dokazov glede plodove varnosti pri uživanju majhnih odmerkov alkohola v nosečnosti, zato se svetuje, da ženska, ki načrtuje nosečnost ali je noseča, preventivno ne uživa alkohola. Pomembna je tudi preventiva pred alkoholom izpostavljeno nosečnostjo, ki se izvaja pri nenosečih ženskah v rodnem obdobju.

Prepoznavanje (presejanje), diagnostika

Zdravstveni delavci imajo kritično vlogo pri odkrivanju problematične uporabe dovoljenih psihotropnih snovi pred nosečnostjo in med njo, prav tako ravno oni lahko poskrbijo za intervence, ki bodo prispevale k dolgoročnim ugodnim izhodom tako za mater kot za otroka. Med drugim je treba pridobiti podrobno avtoanamnezo glede rabe substance, hkrati se zanimamo za morebitno izkušnjo čustvene ali druge zlorabe, kar pripomore k odkrivanju. Priporoča se občasno univerzalno presejanje rabe alkohola pri nosečnicah in pri ženskah v rodnem obdobju; idealno bi bilo, če bi se tvegana raba alkohola ugotovila pred nosečnostjo, ker bi se s tem omogočila sprememba pivskega vzorca. Če je le mogoče, naj preveri odnos do psihotropnih snovi izvajalec zdravstvenih storitev, ki bo še dlje časa sodeloval z nosečnico. Presejanje je smiselno nadaljevati celo nosečnost, saj lahko ob naslednjih obiskih in večanju zaupanja nosečnice razkrijejo več informacij. Količina informacij glede psihotropnih snovi je praviloma povezana s kakovostjo odnosa med zdravnikom (medicinsko sestro, babico) in nosečnico (20).

Naloga zdravstvenih delavcev je torej, da oblikujejo občutek varnosti, da bodo ženske lahko poročale o uživanju alkohola (21); enako velja za pridobivanje avtoanamnestičnih podatkov za vse psihotropne snovi pri nosečnicah.

Obstajajo različni smiselni vprašalniki za presejanje glede rabe alkohola, vprašalnik TWEAK (22) je na primer presejalni instrument, razvit za uporabo pri nosečnicah, pri katerih obstaja možnost resnejše alkoholne problematike. Odgovor DA pri prvih dveh vprašanjih pomeni dve točki, pri drugih eno točko. Dve točki in več od sedem kaže na škodljivo uživanje alkohola in potrebno je nadaljnje raziskovanje odnosa do alkohola.

- Koliko alkoholnih pijač potrebujete, da občutite učinek alkohola? Tri pijače ali več? (Tolerance)

- So vaši prijatelji že pokazali zaskrbljenost zaradi vašega pitja alkohola v zadnjih letih? (Worry)
- Ali kdaj že zjutraj, ko vstanete, popijete alkoholno pijačo? (Eye-opener)
- Ali vam je kak prijatelj ali družinski član kdaj pripovedoval o stvareh, ki ste jih rekli ali naredili, ko ste pili, pa se tega niste mogli spomniti? (Amnesia)
- Ali kdaj čutite potrebo, da bi morali piti manj? (Cut Down)

Poskusimo uporabiti presejanje tudi za partnerja, tako glede njegovega odnosa do alkohola kot glede kajenja.

Tvegana raba alkohola pomeni vzorec pitja, ki poveča verjetnost negativnih posledic, škodljiva raba pa pomeni vzorec pitja, ki se ponavlja 12 mesecev ali je pogosto prisotna v enem mesecu ter se povezuje z jasno zaznano duševno ali telesno škodo (na primer potrtost po opijanju, zastrupitev ipd.) (23). Glede na to, da ne poznamo gotovo varnega odmerka alkohola v nosečnosti, je mogoče razumeti vsako rabo v nosečnosti kot že škodljivo rabo. Prihodnje smernice MKB-11 predvidevajo, da k škodljivi rabi psihotropne snovi spada tudi zaznana zdravstvena škoda zaradi posameznikovega pitja pri drugem človeku. Sindroma odvisnosti (zasvojenosti) največkrat ni mogoče diagnosticirati le ob presejanju, ki je namenjeno temu, da sploh zaznamo problematiko. Za to diagnozo morajo biti v zadnjih 12 mesecih ponavljajoče se prisotni hkrati najmanj trije znaki od naslednjih šestih (ali pa vsaj trije znaki hkrati v trajanju enega meseca): 1. močna želja (hlepenje) po alkoholu ali kompulzija po zaužitju alkohola, 2. težave pri nadzorovanju vedenja, povezanega z uživanjem alkohola (težave pri nadzorovanju začetka in konca uživanja ter pri nadzoru količine, npr. postavljanje obljub samemu sebi, ki se jih ne zmore držati, ali stopnjevanje pitja po zaužitju ene alkoholne pijače), 3. fiziološko odtegnitveno stanje, ko je prekinjeno ali zmanjšano uživanje alkohola, ki se kaže z značilnim odtegnitvenim sindromom – tresenje rok,

jutranja slabost, glavobol, jutranje siljenje na bruhanje in kolcanje, pospešen pulz, povišan krvni tlak, potenje, razdražljivost, nemir, nespečnost (ali raba alkohola z namenom olajšanja ali izogibanja odtegnitvenemu stanju), 4. razvoj tolerance – večji odmerki alkohola so potrebni za doseg učinkov, ki so jih na začetku sprožali manjši odmerki, 5. progresivno zanemarjanje drugih ugodij in interesov zaradi rabe alkohola, podaljšanje časa, potrebnega za pridobivanje, uživanje in prebolevanje uživanja alkohola, in 6. nadaljnje uživanje alkohola kljub jasnim škodljivim posledicam (na duševnem ali telesnem področju) (24). Našteti znaki so enaki za vse psihotropne snovi, tudi za kajenje. Ob primerni motivaciji (v nadaljevanju glej motivacijski intervju) lahko ženske, ki niso preveč nevrobiološko zasvojene in jim ne preti nevarnost odtegnitvenega stanja, abstinenco vzpostavijo tudi ob ambulantni obravnavi.

Terapija

Posebno je treba poudariti, da za stanje tveganega, škodljivega in odvisniškega uživanja dovoljenih psihotropnih snovi ne velja, da gre le za nekoliko bolj izraženo spektralno motnjo in da za vsa stanja učinkujejo enake intervence. Pri tveganem in škodljivem uživanju so učinkovite kratke intervence (spodbuda, psihoedukacija, motivacijski postopki) (25), pri stanju odvisnosti pa ne, saj gre pri odvisnosti za nevroanatomske in vedenjske drugačne kvalitete kot pri tvegani in škodljivi rabi (26). Ob prehajanju vzorca pitja alkohola v odvisniški način se oblikuje motnja v upravljanju limbičnega kortiko-strialnega vezja, ki se stopnjuje do kompulzivnosti; to je vedenje, ki vztraja kljub negativnim posledicam ali zaradi njih, torej je odporno proti izzvenevanju. Zato je za obravnavo odvisnosti pri nosečnici bistveno sodelovanje s psihiatrom adiktologom, na ravni tveganega ali delno škodljivega uživanja dovoljenih psihotropnih snovi pa lahko bistvene intervence – presejanje in spodbuda k opustitvi teh snovi – potekajo v primarnem zdravstvenem obravnavanju nosečnice.

Kratke intervence so učinkovite in jih uporabljamo pri tveganem uživanju alkohola pri nosečnicah. Če ženska še naprej uživa alkohol med nosečnostjo, je treba spodbujati intervencije v smislu zmanjševanja škode. Predvsem pa morajo imeti nosečnice prednost pri kakršnekoli zdravljenju. Prav tako je potreben pomirjujoč ton zdravstvenih delavcev pri ženskah, ki so v zgodnji nosečnosti uživale majhne količine alkohola, če bi bile zaradi tega preveč tesnobne (2).

Glede prenehanja kajenja se za nosečnice priporoča svetovanje v vseh stikih prvega reda v zdravstvu (27). Psihosocialno svetovanje poveča verjetnost prenehanja kajenja, ki se povezuje z 18 odstotkov manj prezgodnjih porodov in otrok z nizko težo (28). Zaenkrat ni dokazov, da bi bila terapija z nikotinskimi nadomestki učinkovita pomoč pri prenehanju kajenja v nosečnosti (29). Motivacijske postopke (opisani so v nadaljevanju) lahko uporabimo tudi za partnerja, ki kadi in zaradi katerega je nosečnica izpostavljena pasivnemu kajenju; včasih pa nosečnica potrebuje našo podporo in motivacijo, da bi zmogla pri kajenju omejiti svoje bližnje. Ljudem, s katerimi smo povezani v intimnem odnosu, je včasih posebej težko postaviti zahtevo po spremembi navad.

Pogovor o uživanju alkohola je lahko za nosečnico, ki uživa alkohol na tvegan ali škodljiv način, zelo neprijeten. Lahko se zaveda, da je pitje alkohola pri njej problem, a ima občutek, da ne zmore nehati. Ker jo je sram, to težavo zanika. Lahko pa nosečnica meni, da je škodljivo uživanje alkohola njena zasebna zadeva, in o tem noče govoriti. Če nosečnice, ki mislijo, da ne zmorejo nehati piti, ali ki mislijo, da je škodljivo pitje samo njihova zadeva, prepričujemo, naj vendar opustijo to vedenje, jih lahko odbijemo ali še bolj utrdimo v njihovem škodljivem vedenju.

V primerih, ko nekdo misli, da se ne more spremeniti, ali se noče spremeniti, prepričevanje in siljenje ne pomagata. V takih primerih lahko ljudje še bolj utrdijo svoj odpor in odklanjajo pogovor o neprijetni temi. Pri ljudeh, ki so najbolj odklonilni, je v pomoč pogovor v

smislu motivacijskega intervjuja (MI) (30). Najpomembnejše pri pogovoru v duhu MI je zavedanje o paradoksnem vplivu, ki ga ima na vedenje »dovoljenje«, da se ne spremenimo. Izkazalo se je, da če terapevti z ljudmi, ki zelo težko opuščajo škodljivo vedenje, govorijo na način brez siljenja k spremembi, se ljudje z večjo verjetnostjo spremenijo.

MI je strokovni pristop, ki poveča verjetnost za spremembo in ki ga lahko uporabimo tudi pri nosečnicah, ki na škodljiv način uživajo alkohol in imajo odpor do spremembe ali zanikajo to problematiko. MI upošteva štiri osnovne principe, ki nikakor niso unikatni za MI, čeprav so kombinirani in poudarjeni na nov način.

- Izražanje empatije – poskusimo razumeti in sprejeti pogled nosečnice brez sodbe 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).
- Razvijanje razdvojenosti/ambivalence: voditi nosečnico, da bo razumela razliko med svojim vedenjem in globlje zakritimi 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 družjenje s pivsko družbo).
- Z odporom nosečnice se ne spopadamo, ampak ga skušamo prepoznati in razumeti; izogibati se je treba konfliktnosti, namesto tega raje ponudimo podporo in razumevanje. Odpor se razume kot znak neskladnosti med cilji terapevta in nosečnice. Če se začne nosečnica braniti, je ne prepričujemo, ampak se zavemo, da to ni koristna pot v pogovoru, temveč je slepa ulica. Odpor nam tudi najbolje pove, zakaj se nosečnica težko poslavlja od alkohola.

- Spodbujanje samoučinkovitosti. Samoučinkovitost pomeni, da nosečnica začuti, da je sposobna spremeniti svoje vedenje. S tako spodbudo vnesemo v nosečnico upanje, da se zmore odreči alkoholu (sama ali s pomočjo zdravljenja).

MI je vedno proaktiven način komunikacije z nosečnico, ki ima odpor do opuščanja določenega vedenja. Vzbudimo upanje, da je sprememba smiselna in možna. Terapevtova empatija je prav posebej poudarjena; empatija nikoli ne pomeni potuhe, ampak gre za razumevanje, da je nekemu nekaj težko narediti. MI ima tri glavne komponente: 1. sodelovanje z nosečnico, 2. vnašanje realističnega upanja na spremembo (veliko nosečnicam, ki so bile v takem položaju, je uspelo nehati piti alkohol; tudi vi ste v življenju že pokazali, da zmorete spremembo, če se res 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 (okviri) (31), ki temelji na ugovoritvah MI. Z nosečnico se na primer pogovarjamo takole:

- informacija glede osebnega tveganja zaradi uživanja alkohola (Feedback) (npr. glede na vaše izvide bi vas želel seznaniti, da alkohol predstavlja tveganje za zdravje nosečnice in otroka);
- odgovornost nosečnice za spremembo vedenja (Responsibility) (npr. ali ste morda razmišljali, da bi želeli bolje poskrbeti zase in za otroka glede rabe alkohola?);
- svetovanje (Advice), pri škodljivem uživanju alkohola v nosečnosti svetujemo abstinenco;
- ponudimo različen spekter možnosti, kako to doseči (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 doma odstranile alkohol, druge so ... ; ali vam je katera od teh možnosti blizu?);

- izkazovanje empatije za situacijo, razumevajoče poslušanje (Expressing Empathy);
- podpora samoučinkovitosti (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.

Stanje odvisnosti od alkohola in zasvojljivih psihotropnih snovi potrebuje specializirano zdravljenje v psihiatrično-adiktološkem kontekstu, kajenje oziroma odvisnost od nikotina pa ne. Nikotin se od drugih psihotropnih snovi razlikuje v tem, da je sicer med najbolj zasvojljivimi psihotropnimi snovmi, hkrati pa ne povzroča osebnostnih in čustvenih sprememb kot druge droge. Nosečnice, ki kadijo, torej ne potrebujejo specifičnega psihiatričnega zdravljenja kot odvisnosti od drugih psihotropnih snovi, ampak lahko pridobijo ustrezno pomoč v primarnem stiku z zdravstvom (32).

Zdravljenje odvisnosti od alkohola in drugih drog je dokazano učinkovito (33) in v Sloveniji lahko dostopno. Zato je velika škoda, če nosečnic, ki odvisniško uživajo psihotropne snovi in ne zmorejo hitro spremeniti vedenjskih vzorcev, ne poskusimo motivirati za zdravljenje v spodbudnem empatičnem vzdušju.

Zaključek

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

- Večina nosečnic ima težnjo zaščititi plod in preneha uživati alkohol in kaditi, nekatere pa tega ne zmorejo, ker so zasvojene ali živijo v zelo nespodbudnih okoliščinah.
- Če jih ne vprašamo po alkoholu in kajenju, ne moremo govoriti o tem. Zato sprašujemo rutinsko in v zelo empatičnem

vzdušju. Empatije ne more biti nikoli preveč; izogibajmo se vedenja, ki vzbujata sram in krivdo.

- Če nismo razrešili lastnih tendenc k stigmatizaciji, ne moremo ustvariti zaupnega vzdušja in nam nosečnice ne bodo podale pravih podatkov.
- Če so zasvojene z alkoholom, jih je treba napotiti k strokovnjaku s področja odvisnosti, pri tem pa morajo imeti nosečnice prednost pred drugimi pacienti.
- Nosečnice, ki kadijo, lahko dobijo pomoč zunaj področja specialističnega zdravljenja odvisnosti, to je že v primarnem zdravstvu.

Literatura

1. 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.
2. Cook JL, Green CR, De la Ronde S et al. Screening and Management of Substance Use in Pregnancy: A Review. *JOGC* 2017; 39 (10): 897–905.
3. Stade BC et al. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Systematic Review* 2009; 2: CD004228.
4. Stone R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health Justice* 2015; 3.
5. Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev.* 2009; 15 (3): 193-9.
6. Čebašek-Travnik Z. Slovenia: alcohol today—could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11-14.
7. 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.
8. Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Grobovšek Opara S et al. Razširjenost rabe alkohola med prebivalci Republike Slovenije, starimi 18 let in več. Poročilo I. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 1999.

9. Koprivnikar H. Tobak. V: Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2014.
10. Goodwin RD, Cheslack-Postava K, Nelson DB et al. Smoking during pregnancy in the United States, 2005-2014: The role of depression. *Drug and Alcohol Dependence* 2017; 179: 159-66.
11. Renthall W, Nestler E. Epigenetic mechanisms in drug addiction. *Trends Mol Med.* 2008 Aug; 14(8): 341–350.
12. Campbell CA, Hahn RA, Elder R et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med* 2009; 37: 556-69.
13. Román-Gálvez RM, Amezcua-Prieto C, Olmedo-Requena R, Lewis-Mikhael Saad AM, Martínez-Galiano JM, Bueno-Cavanillas A. Partner smoking influences whether mothers quit smoking during pregnancy: A prospective cohort study. *BJOG.* 2017; 20.
14. O'Connor MJ, Paley B. Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental Disabilities Research Reviews* 2009; 15 (3): 225-34.
15. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorder: An overview. *Neuropsychology Review* 2011; 21 (2): 73-80.
16. 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.
17. 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.
18. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Canadian Medical Association Journal* 2006;174(13):1861-9.
19. Parolin M, Simonelli A. Attachment Theory and Maternal Drug Addiction: The Contribution to Parenting Interventions. *Front Psychiatry* 2016; 7: 152.
20. Archie C. Substance abuse in pregnancy. In: Pregler JP, DeCherney AH, eds. *Women's Health: Principles and Clinical Practice.* Hamilton: BC Decker Inc; 2002. p. 206–217.
21. 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); e220-e254.
22. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, et al. Screening for pregnancy riskdrinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18:1156–1161.
23. Batra A, Muller AC, Mann K, Heinz A. Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113 (17): 301–310.

24. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene MKB-10-AM: šesta izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2008.
25. Alcohol-Use Disorders: Preventing the Development of Hazardous and Harmful Drinking. London: NICE; 2010 (Public Health Intervention Guidance No. 24)
Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24>
26. Koob GF, Volkow N. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35 (11): 217–238.
27. Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: WHO, 2013. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076_eng.pdf
28. 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.
29. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 12: CD010078.
30. Prochaska JO. Enhancing Motivation to Change. In: Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz RS (eds.). *Principles of Addiction Medicine* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2009: 745-755.
31. 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.
32. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165.
33. Miller PM. *Evidence-Based Addiction Treatment*. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London etc.: Elsevier, 2009. Poglavje 21: Evidence-Based Treatment Planning for Substance Abuse Therapy.

Nosečnost in odvisnost od prepovedanih drog

Andrej Kastelic, Vesna Mejak

Uvod

Večina ljudi, ki jemljejo droge, so mladi odrasli v obdobju, ko najpogosteje postanejo starši. Raziskave kažejo, da ima najmanj ena od desetih oseb, ki vstopajo v program zdravljenja odvisnosti, vsaj enega otroka (1).

Veliko žensk, ki uživajo droge, pozno ugotovi, da so noseče. Zaradi motenj menstrualnega ciklusa znake nosečnosti težko prepoznajo in jih ne razlikujejo od odtegnitvenih težav. Samo nosečnost pogosto prikrivajo in zaradi slabih socialnih razmer opravljajo tudi dela, ki lahko plodu škodujejo (2).

Velikokrat zaradi občutkov sramu, krivde in stigmatizacije problem odvisnosti prikrivajo, izogibajo se programov, ki so na voljo, saj jih vstop vanje preveč zaznamuje, ter svoje stiske in težave v zvezi z odvisnostjo, nosečnostjo in materinstvom poskušajo reševati same. Veli-

kokrat se izogibajo tudi vsem oblikam pomoči, predvsem v zvezi s starševstvom, saj se bojijo, da jih bo skupnost prepoznala kot odvisnice in s tem kot neprimerne in neodgovorne starše. Večkrat se v strokovne institucije vključijo šele takrat, ko gre kaj že zelo narobe in je potrebna intervencija (porod, patološka nosečnost, rejništvo, skrbništvo nad otrokom), saj tudi zaradi stigmatizacije in socialne izključenosti ter občutka strahu, da bi izgubile otroka, ne iščejo pomoči, ko bi jo zares potrebovale, saj so tudi strokovni delavci tisti, ki jih stigmatizirajo.

Razširjenost pojava

Kot v večini evropskih držav je tudi v Sloveniji le malo podatkov o tem, koliko je nosečnic in mater, odvisnih od prepovedanih drog. Na podlagi razpoložljivih podatkov je bilo ugotovljeno, da obstajajo razlike v razširjenosti uporabe prepovedanih drog med nosečnicami, tako med posameznimi državami kot tudi na posameznih območjih v Evropski uniji. Podatki prihajajo iz izoliranih raziskav, ki so uporabljale različne metodologije, zato rezultati tudi niso med seboj primerljivi (1).

V Sloveniji nimamo kontinuiranega in enotnega informacijskega sistema, ki bi spremljal število nosečnic in mater uporabnic prepovedanih drog ter njihovih otrok, kar lahko kaže, da je ta skupina še vedno marginalizirana. Prvo poročilo o nosečnicah je bilo izdelano leta 2008, ko so naredili analizo za potrebe Nacionalnega poročila o stanju na področju prepovedanih drog v RS. Analiza podatkov Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije (NPIS) o številu porodnic, uporabnic prepovedanih drog (3), je prikazala v obdobju 2006–2007 med 38.280 ženskami, ki so rodile v Sloveniji, 99 porodnic, ki so imele v svoji zdravniški kartoteki vpisano diagnozo odvisnost od prepovedanih drog. 25 mater je uporabljalo droge v zadnji nosečnosti. Največ mater, ki so uporabljale droge med nosečnostjo, je bilo v obalno-kraški regiji. Povprečna starost teh mater je bila 29 let. Žen-

ske, ki so med nosečnostjo uporabljale droge so bile pogosteje sam-ske in so imele nižjo izobrazbo v primerjavi s preostalimi porodnicami. Na prvi ginekološki pregled so prišle pet tednov kasneje. Med novorojenčki mater odvisnic je bilo več prezgodnjih porodov in otrok z nižjo porodno težo. Ocenjuje se, da je število porodnic, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, večje. Vzroki, da se matere, odvisne od prepovedanih drog, nočejo razkriti, so različni, najpogostejši so: strah pred kazenskim preganjanjem, pred odvzecom otroka in splošno odklonilno razpoloženje do uživalcev drog. Po tem poročilu do leta 2013 niso objavljali podatkov o nosečnicah uporabnicah drog. Tako je bilo v letu 2013 po podatkih NPIS zabeleženih nekdanjih uporabnic drog 91, v času poroda pa 41. Točnost podatkov bo v prihodnosti odvisna od natančnosti vnašanja in prepoznavne odvisnic.

Po podatkih Koordinacije Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) je med letoma 2012 in 2016 rodilo 112 uporabnic drog (tabela 1) (4).

Tabela 1: Podatki CPZOPD o številu rojstev med uporabnicami prepovedanih drog v Sloveniji od leta 2012 do 2016

Leto		2012	2013	2014	2015	2016
Rodilo	(število uporabnic drog)	26	29	26	15	16
	Izmed teh na terapiji z: (število uporabnic)					
	metadonom	np	19	16	10	11
	buprenorfinom	np	8	8	5	4
	substitolom	np	2	np	np	1

Legenda: np – ni podatka

Ti podatki so zbrani samo za tiste uporabnice, ki so vključene v programe zdravljenja CPZOPD, ni pa znanih podatkov o tem, koliko nosečnic je vključenih v druge programe pomoči (socialno varstvo, nevladne organizacije). Prav tako ostaja odprto vprašanje, koliko je tistih, ki niso vključene v noben program in svoje jemanje drog prikrivajo.

V okviru Koordinacije mreže CPZOPD je bila leta 2006 opravljena raziskava (5), v kateri so želeli ugotoviti, v kakšnih razmerah živijo otroci uporabnikov drog. V raziskavo je bilo vključenih 150 uporabnikov (78 žensk in 72 moških) iz 12 od tedaj 18 Centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog. Ženske so bile povprečno stare 30,9 leta. Med njimi je bilo le pet poročenih, 42 jih je imelo partnerja, ki je bil tudi vključen v program. Socialno podporo je prejelo 45 žensk, 17 jih je bilo zaposlenih za nedoločen čas, priložnostna dela jih je opravljalo devet, šest je bilo študentk ali dijakinj. Ena je bila upokojena. Podatki o starosti in bivanju njihovih otrok so prikazani v tabeli 2 (6).

Tabela 2: Starost in bivališče otrok uporabnikov centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Uporabniki					
Število		ženske		moški	
		78		72	
Otroci					
Število	predšolski	102	59	185	97
	šoloobvezni		29		58
	15 let in več		14		30
Bivanje otrok					
Pri obeh starših		69		104	
Z mamo		7		63	
Z očetom		5		5	
Pri starih starših		5		4	
V reji		11		3	
V vzgojnem zavodu		1		0	
Sami		2		3	

V drugi študiji (7) je 17 centrov za socialno delo (CSD) sporočilo, da imajo v okviru socialnih storitev ter v okviru javnih pooblastil vključenih 43 mater, odvisnih od prepovedanih drog, iz 22 CSD so odgovorili, da trenutno nimajo v obravnavi nobene matere, odvisne od prepovedanih drog, dva CSD (Koper in Nova Gorica) pa, da naj bi bile matere vključene v nekatere storitve in javna pooblastila, vendar ne vodijo posebne evidence, na podlagi katere bi lahko sporočili število. Strokovne delavke so velikokrat sporočale, da so matere, odvisne od prepovedanih drog, »skrita populacija«. V okviru CSD so bile vključene v socialne storitve (prva socialna pomoč ...) in bile so prejemnice socialnih transferjev (denarna socialna pomoč, preživnina, starševski dodatek ...).

Odprto vprašanje ostaja, koliko je nosečnic in mater, ki niso vključene v nobeno obravnavo in nimajo dostopa do pomoči, ki je ne želijo iskati iz različnih razlogov (občutkov sramu, zanikanja in stigme, neizkušenosti strokovnega osebja, komorbidnosti in sociokulturnih omejitev).

Zaščitni dejavniki in dejavniki tveganja

Materinstvo je lahko za mnogo žensk, odvisnih od prepovedanih drog, edina vloga v njihovem življenju, ki jo njihova okolica spoštuje in ceni, prav tako je nova vloga močna motivacija za zmanjšanje uporabe drog ali prenehanje uživanja (8). Kljub temu pa za večino uporabnic prepovedanih drog nosečnost sama po sebi ni dovolj močan motiv, da bi za vedno prenehale jemati droge, saj je odvisnost od drog prehuda progredientna in recidivantna kronična bolezen, tako da samo volja in vzdržnost ne zadostujeta za vzdrževanje dolgotrajne abstinence (2). Je pa nosečnost velik dogodek v življenju posameznice in lahko pomeni odločilno obdobje, v katerem ženska začne bolj nadzirati svoje življenje in bolj skrbeti za sebe in svojega otroka (9). Seveda je precej žensk, ki jim uspe vzpostaviti abstinenco, nekatere to zmorejo le med nosečnostjo, skoraj vse pa v tem času vsaj občutno zmanjšajo jemanje drog. V eni od raziskav so ugotovili, da si je 60 odstotkov intervjuvanih žensk v nosečnosti prenehalo injicirati drogo, kot glavni razlog za prenehanje so navajale nosečnost in skrb za otroka (10).

Pogosto nosečnice, ki uživajo droge, ne povedo zdravniku ali drugi strokovni osebi, da so odvisne od drog. Ker zdravstveno osebje ne ve, da je mati uporabnica drog, ne izvaja posebnih ukrepov za zaščito zdravja otroka in matere. Priznanje, da uporablja droge, je za nosečnico zelo težko, največkrat iz strahu pred okolico, ki bi jo moralno obsojala in na neki način izločila iz svojega okolja, ter predvsem iz strahu pred odvzemom otroka.

Ob uživanju dovoljenih in nedovoljenih drog ter ob zdravstvenih in porodniških zapletih so pogosto prisotni tudi neurejeni družinski odnosi, psihično in telesno nasilje, socialno-ekonomski problemi, nezaposlenost (11). Tako so težave v nosečnosti in težave v razvoju otrok skoraj bolj posledica zgoraj naštetih dejavnikov, kar povzroči vsaj toliko škode kot uživanje drog.

Zdravstvene posledice uživanja drog med nosečnostjo

Pri ženskah, ki v nosečnosti uporabljajo prepovedane droge, je šestkrat povečana možnost zapletov, kot so preeklampsija krvavitve v tretjem trimesečju, poporodni zapleti pri materi in aspiracija mekonija, nizka porodna teža in fetalni distress. 74-krat se poveča možnost nenadnih smrti dojenčka (1). Pomembno je vedeti, da v nasprotju z uporabo alkohola, benzodiazepina in nikotina opioidi nimajo teratogenih učinkov oz. so ti pomembno redkejši.

Učinek droge ni omejen le na čas nosečnosti, temveč je bolj dolgoročen. Več kot 75 odstotkov otrok, ki so bili izpostavljeni drogam v času nosečnosti, ima več zdravstvenih težav v primerjavi s splošno populacijo. Pogostejša je nedonošenost (17 odstotkov) kot pri večinski populaciji (6 odstotkov). Pogostejši so zahiranost, fetalni distress in smrt ploda v maternici, moten je lahko duševni razvoj (12). V poporodnem obdobju je v ospredju predvsem neonatalni abstinenčni sindrom, ki vpliva na razvoj varne navezanosti mati-otrok, nezdravljenje pa lahko vodi v smrt novorojenčka.

Kratkoročne posledice

Opioidi

Uživanje heroina med nosečnostjo vpliva na prepočasno pridobivanje teže ploda, kar lahko vodi v manjšo porodno težo novorojenčka, pre-

zgodnji porod in smrt ploda v maternici (13). Te specifične posledice opioidov za novorojenčka so povezane tudi z življenjskim slogom matere med nosečnostjo (cikli intoksikacije in abstinencijske krize, ki se lahko pojavljajo na nekaj ur, droga s strupenimi primesmi – čistost heroína, okužbe, revščina, kajenje). Vsi ti dejavniki so soodvisni drug od drugega in pomembno vplivajo na izid nosečnosti (14).

Kokain in amfetamini

Kokain je močen vazokonstriktor in zmanjša pretok krvi in dotok kisika plodu. Uživanje kokaina v nosečnosti ima lahko številne posledice, kot so odstop posteljice, zastoj rasti ploda, spontani splav, preeklampsija, pljučni edem, epileptični napadi, motnje srečnega ritma, prirojene napake ploda, ki predvsem vplivajo na očesni in urogenitalni sistem (15). Dokazano je, da ima uživanje kokaina in amfetamina v času nosečnosti teratogene učinke na plod, vendar ni še dovolj dokazov oz. še ni bilo narejenih dovolj raziskav o fetalnem kokainskem in amfetaminskem sindromu (16).

Benzodiazepini

Benzodiazepini imajo nizek teratogeni potencial, vendar uživanje v velikih odmerkih v času nosečnosti lahko povzroči anomalije, kot so razcep mehkega neba in ustnic. Zloraba benzodiazepinov proti koncu nosečnosti povzroči t. i. sindrom ohlapnega dojenčka (infant floppy syndrome), ki se kaže z letargijo, razdražljivostjo, zmanjšanim mišičnim tonusom in respiratorno deprivacijo. Ta sindrom se pojavi pri novorojenčku, čigar mati je uživala benzodiazepine v zadnjem trimesečju nosečnosti, in je posledica odtegnitve benzodiazepinov. Ta sindrom se lahko pojavi od tretjega do petega dne po porodu, zato je pogosto v porodnišnici neprepoznan, saj je mati z otrokom do pojava lahko iz porodnišnice že odpuščena (17).

Virusne okužbe

Ženske, ki jemljejo droge, imajo več možnosti za okužbo z virusi HIV in hepatitisa. Ti se širijo s souporabo pribora in nezaščitenimi spolnimi odnosi, s čimer izpostavljajo nevarnosti sebe in tudi svoje nerojene otroke (2). Nosečnice, ki so okužene z virusnimi okužbami (hepatitis B, C in HIV), lahko prenesejo okužbo na otroka (vertikalni prenos) med nosečnostjo, ob porodu in med dojenjem. Zgodnje odkrivanje, hiter začetek zdravljenja in druge preventivne intervencije zmanjšajo tveganje prenosa okužbe z matere na otroka (2).

Alkohol

Mnogo nosečnic, ki uživajo prepovedane droge, uživa tudi alkohol, kar je treba upoštevati pri oceni tveganja in pravilno obravnavati (18). Alkohol je teratogena substanca, zato ni varne meje pri uživanju alkohola med nosečnostjo. Poraba sedmih enot alkohola (10 g čiste ga alkohola) na teden naj ne bi imela pomembnih posledic za otroka, pogostejša raba alkohola pa naj bi imela negativne učinke na razvoj možganov pri plodu in resne vedenjske, nevrološke in fizične motnje, poznane kot fetalni alkoholni sindrom (19).

Kajenje

Ženske, ki med nosečnostjo kadijo, povečujejo negativne učinke na plod ter verjetnost pojavljanja vedenjskih ter zdravstvenih težav pri otroku. Materino kajenje je povezano z nižjo porodno težo otroka in je pogostejše med ženskami s socialnimi težavami in osebnimi stiskami ter med ženskami, ki imajo težave z odvisnostjo (20). V splošni populaciji naj bi povprečno kadila vsaka peta ženska, med ženskami, odvisnimi od prepovedanih drog, pa naj bi jih kadilo več kot 70 odstotkov (12). (Več v poglavju Odvisnost od alkohola in nikotina v nosečnosti.)

Odvisnost od več vrst drog

Raziskave, narejene v zadnjih letih (21–23), kažejo, da je veliko žensk, ki med nosečnostjo uživajo več psihoaktivnih substanc. Strokovno osebje je večkrat osredotočeno predvsem na opioidno odvisnost, zato nosečnic ne vprašajo, kako je z uživanjem drugih psihoaktivnih snovi (PAS), kot so alkohol, cigarete, benzodiazepini, uspavala ter druge substance, ki so trenutno na trgu. Prav tako zaradi stigmatizacije nosečnice velikokrat ne dajejo pravih podatkov o uživanju PAS, tudi strokovno osebje se velikokrat usmeri samo na podatke, ki jih dajo nosečnice. Durand in Lejeune (23) sta od leta 1999 do 2008 spremljala nosečnice, ki so imele postavljeno diagnozo odvisnosti od prepovedanih drog, vsaj od dveh substanc, od začetka nosečnosti. Ugotovila sta, da so tiste ženske, ki so v času nosečnosti uživale več PAS, imele več patoloških nosečnosti, več psihiatričnih težav, pogosteje so bili otroci rojeni pred 37. tednom, imeli so za gestacijsko starost nižjo porodno težo ter neonatalni abstinenčni sindrom z več hujšimi simptomi. Pri ženskah, ki so zlorabljale štiri ali več psihoaktivnih snovi, so bili otroci večkrat takoj po rojstvu premeščeni v rejništvo (24).

Dolgoročne posledice

Nekateri avtorji (9, 25) dokazujejo, da je veliko raziskav o dolgoročnih posledicah, ki jih imajo droge za otroka, kontradiktornih in imajo omejitve. Nekaterne študije so pokazale, da so otroci, katerih matere so bile odvisne od prepovedanih drog, imeli vedenjske in učne težave, druge raziskave s kontrolno skupino pa so pokazale, da je bilo to povezano z življenjskimi razmerami in drugimi zdravstvenimi težavami. Veliko raziskav prihaja iz Združenih držav Amerike, kjer so v študije vključene osebe z nizkim socialno-ekonomskim statusom, zato se vplivi revščine mešajo z vplivi nedovoljenih drog. Edini vpliv, za katerega lahko z gotovostjo trdimo, da je posledica zlorabe drog, je neonatalni abstinenčni sindrom (NAS) (9).

Obravnavna nosečnosti pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog

Odvisnost od opioidov

Vzdrževalna terapija z metadonom in drugimi substitucijskimi zdravili, ki so na voljo v Sloveniji (buprenorfin, buprenorfin in naloxon, počasno sproščajoči morfin (slow release morfin, sr-morfin)), v kombinaciji s psihoterapevtskim zdravljenjem med nosečnostjo zmanjšuje pojavnost zapletov v nosečnosti, ob porodu in pri plodu (26). Stabilnost ob substitucijski terapiji omogoča, da nosečnica ne jemlje prepovedanih drog, prav tako omogoča spremembo življenjskega sloga in boljši dostop do prenatalne in postnatalne oskrbe. Z zmanjševanjem oz. prenehanjem uživanja drog omogočimo, da se zmanjša tveganje in omogoči stabilna nosečnost ter zmanjša tveganje za prirojene napake ploda. Izsledki raziskav kažejo pozitivne izide za tiste nosečnice, ki so bile vključene v substitucijski program. Matere, ki so bile vključene v vzdrževalno terapijo z metadonom in so se v času nosečnosti držale predpisanega odmerka, so imele manj težav z duševnim zdravjem, bile so bolj zadovoljne s prenatalno oskrbo ter so se bolj pripravile na rojstvo otroka. Novorojenčki so imeli večjo porodno težo in so bili rojeni v višji gestacijski starosti (10). Metabolizem metadona se pospešuje s trajanjem nosečnosti, zato ima veliko žensk izkušnjo z abstinenčnim sindromom v zadnjem trimesečju, kar povečuje tveganje za recidiv. Alternativa povečanju odmerka metadona je, da pri nekaterih nosečnicah dnevni odmerek metadona razdelimo, da bi bila količina metadona v krvi čim bolj stabilna. (27). Buprenorfin predstavlja velik potencial za zdravljenje odvisnosti od opioidov pri nosečnicah in je povezan z nižjo stopnjo NAS, predstavlja večjo varnost med nosečnostjo in dojenjem ter zagotavlja višjo porodno težo (13, 28).

Večina smernic priporoča, da se matere čim prej vključijo v vzdrževalno terapijo, takoj ko je potrjena nosečnost, saj je detoksikacija od

prepovedanih substanc nerealistično pričakovanje (14). Cilj naj bi bil, da bi nosečnica ostala celo nosečnost na vzdrževalni substitucijski terapiji, ker abstinenčna kriza vodi v tveganje za splav v prvem trimesečju, v tretjem trimesečju pa lahko v prezgodnji porod in smrt ploda (26).

Kokainska in amfetaminska odvisnost

Pri kokainski odvisnosti kljub napredku v farmakološkem zdravljenju ni zdravila, ki bilo učinkovito pri zdravljenju kokainske odvisnosti v času nosečnosti. Zdravljenje s tovrstnimi zdravili v nosečnosti ni priporočljivo in jih lahko dajemo le pod nadzorom specialista v bolnišnici. Abstinenčne simptome, katerih posledica je prezgodnji porod, pri kokainski odvisnosti lahko zdravimo s kratkim obdobjem jemanja benzodiazepinov in antipsihotikov, vendar uporaba dopaminergičnih zdravil in dezipramina za obvladovanje želje in simptomov depresije za daljše obdobje ni priporočljiva (29, 26).

Zdravljenje je najpogosteje usmerjeno v simptomatske intervencije, povezane z abstinenčnimi simptomi v kombinaciji s psihosocialnimi intervencijami, vendar je narejenih zelo malo raziskav, ki bi pokazale, kako so učinkovite. Podobni pristopi se uporabljajo tudi pri stimulan-sih, kot so ekstazi in amfetamini, pri katerih so raziskave prav tako omejene (30).

Odvisnost od benzodiazepinov

Nenadno prenehanje uživanja benzodiazepinov (BZO) povzroči epileptične krče, zato se je treba temu izogibati (31). Glavni cilj zdravljenja odvisnosti od BZO pri nosečnicah je, da se počasi zmanjšuje odmerek BZO do detoksikacije oz. zmanjševanja v okviru realnega načrta, ki ga nosečnica zmore. Za ženske, ki uživajo velike odmerke BZO in nimajo posebnih psihosocialnih ali medicinskih zapletov, je priporočljivo postopno zmanjševanje ali detoksikacija. Pri ženskah, ki uživajo kratko- in srednjedelujoče BZO, jih je treba zamenjati za ekvi-

valentne odmerke diazepana in jih počasi zniževati do abstinence. Pri dolgodelujočih BZO se lahko abstinenčni simptomi pojavijo po 5–7 dneh in postabstinenčni simptomi lahko trajajo nekaj tednov (nespečnost). Za ženske, ki uživajo velike odmerke BZO v kombinaciji z drugimi drogami in imajo pridružene psihosocialne, medicinske in psihiatrične težave, je v nosečnosti priporočljiva hospitalizacija. Pri detoksikaciji BZO je treba upoštevati stopnjo abstinenčne krize ter objektivno oceniti druge težave, ki jih ima nosečnica. Farmakološko zdravljenje je treba kombinirati z individualno psihoterapijo, nadzorovanjem anksioznosti in preostalimi podpornimi tehnikami (30).

Neonatalni abstinenčni sindrom

Zaradi kumulativnega učinka drog se ob porodu pojavi NAS, ki nastane zaradi prekinitve dotoka PAS, ki jim je bil otrok izpostavljen v intrauterinem okolju (32). Klinični znaki NAS pri opioidih se pojavijo pri 48–90 odstotkov novorojenčkov (33). Znaki so odvisni tudi od količine uživanja PAS, vrste PAS, faze odvisnosti pri materi, časa, v katerem je vzela PAS pred porodom, ter metaboličnih faktorjev pri plodu. Običajno se NAS pojavi v 24–72 urah po porodu, možno pa tudi po 7–10 dneh po porodu ali še kasneje (34). V študiji Jonesa in sodelavcev (35) so ugotavljali, da 79 odstotkov novorojenčkov, katerih matere so v nosečnosti prejemale buprenorfin, ni potrebovalo zdravljenja, v primerjavi z 32 odstotki tistih, ki so dobivale metadon, in 18 odstotki tistih, ki so prejemale sr-morfin. NAS se pojavi pri 28 odstotkih novorojenčkov pri ženskah, ki so prejemale majhne odmerke metadona (5–30 mg), pri 43 odstotkih tistih, ki so prejemale odmerke 31–50 mg, ter 71 odstotkih pri odmerkih, večjih od 50 mg (36). Novorojenčki, ki imajo diagnosticiran NAS, imajo naslednje znake: tremor, značilen jok, hiperaktivnost, pomanjkanje spanja, motnje spanja in sesanja, kolcanje, kihanje, znojenje, hitrejše dihanje, manjša sposobnost prilagajanja okolju. Prisotni znaki so posledica prevelike vzdraženosti centralnega živčevja, motenega delovanja dihal in pre-

bavil ter neravnovesja vegetativnega živčevja (37). 40 odstotkov novorojenčkov ne potrebuje posebnega zdravljenja, saj so simptomi mili ali jih ni. So pa tudi študije, ki navajajo, da izraženost NAS ni odvisna ne od vrste ne od odmerka substitucijskega zdravila.

Nosečnice, ki so odvisne od prepovedanih drog, morajo biti pripravljene, da bo njihov otrok morda razvil NAS. Priprava jim omogoča, da izrazijo svoje morebitne strahove ter da jih vzpodbudimo, da vstopijo v zdravljenje. Po porodu naj bi ostale z novorojenčkom vsaj nekaj dni v porodnišnici na opazovanju glede razvoja morebitnega NAS. NAS ocenimo po točkovniku za neonatalni abstinenčni sindrom. Najpogosteje za ocenjevanje NAS uporabljamo Finneganovo lestvico (Neonatal Abstinence Scoring System) z 31 postavkami, ki jih ocenjujemo na tri oz. štiri ure. Znake NAS razdelimo v pet skupin: centralni živčni sistem (hiperaktivnost, hiperiritabilnost, povišan mišični tonus, tremor, krči, pretirano kihanje, nemiren spanec, nekoordiniran sesalni refleks, povišana telesna temperatura), dihala (tahipneja, pretirana sekrecija, respiratorna alkalozna), gastrointestinalni trakt (neorganizirano hlastavo sesanje, bruhanje in polivanje, hiperfagija, driska, trebušni koliki), vazomotorika (zamašen nos, navali rdečice, pretirano solzenje, znojenje, marmorirana koža), koža (glutealne ekskoriacije, opraskanine obraza, točkasta abrazija). Če novorojenčka ocenimo s točkovnikom sedem ali manj točk v prvih štirih dneh življenja, abstinenčnega sindroma ni treba zdraviti (38). Če je ocena osem ali več točk, abstinenčni sindrom zdravimo z morfinom v oralni obliki ali phenobarbitonom (manj primerno zaradi »zavrtja« sesalnega refleksa in morebitne diareje, a ustrezno, če je poleg odvisnosti od opioidov prisotna tudi odvisnost od benzodiazepinov). Novejše študije kažejo, da je tudi buprenorfin ali pa kombinacija buprenorfina z naloksonom varna za obravnavo NAS (4). Po koncu terapije novorojenčka opazujemo še tri oz. štiri dni (39). Pri oskrbi novorojenčka smo ob morebitni uporabi zdravil pozorni tudi na to, da je otrok v mirni, delno zatemnjeni sobi, da ima stik z materjo, majhne in pogoste obroke, poleg tega pa zagotovimo še nadzor strokovnega osebja.

Matere se ob abstinenci krizi otroka srečajo predvsem z občutki krivde, sramu, ker so uživale drogo v času nosečnosti in ker vidijo, da otrok trpi, zato je pomembno, da se v tem obdobju materi daje opora predvsem pri zmanjšanju slabih občutkov. Tudi po odpustu iz porodnišnice je treba materi in otroku zagotoviti podporo in pogostejše obiske patronažne sestre ter druge vire pomoči. Starše je treba tudi izobraziti o tem, kako ravnati z otrokom, ki je razvil NAS.

Uživanje drog in dojenje

Snovi, ki se najbolj zlorabljajo, so lipidnotopne in se znatno izločajo v materino mleko ter lahko prehajajo skozi kri v možgansko bariero novorojenčka (40). To pomeni, da je otrok izpostavljen vrsti neželenih učinkov (intoksikacija ali abstinenci sindrom). Kontraindikacije za dojenje so: uživanje različnih drog v večjih količinah, tudi »le« občasna uporaba droge, injiciranje, uživanje »cracka«, kokaina in velikih odmerkov amfetaminov, HIV pozitivne matere. Na splošno je dojenje priporočljivo pri dokaj stabilnih odmerkih predpisane substitucijske terapije in ima pozitivne učinke na zmanjševanje tveganj pri otroku. S samim dojenjem se ne prenašata hepatitis B in C, vendar pri materah s kronično okužbo z virusom hepatitisa C (anti HCV RNA pozitivne) odsvetujemo dojenje. Priporočljivo je, da se mati izogiba dojenju eno oz. dve uri po zaužitju zdravila, saj je takrat najvišja koncentracija zdravila v plazmi. Potrebno je biti pozoren na znake intoksikacije in abstinenci simptoma pri otroku. Če se pojavijo, takojšnje ukinjanje dojenja ni priporočljivo, ampak ga je treba postopno nadomestiti z nadomestno hrano za dojenčke (12).

Stigma nosečnice, odvisne od prepovedanih drog

Biti nosečnica, mati, odvisna od prepovedanih drog, je najmanj cenjena vloga tako na sami družbeni lestvici kot tudi na hierarhični lestvici uživalcev prepovedanih drog, na kateri imajo ženske že tako najni-

žje mesto. Te ženske prav zaradi svoje stigme igrajo družbene vloge, ki so za njih pričakovane, tako da so videne karseda »normalne«. Same se trudijo v ospredje postaviti svojo vlogo matere, da bi vlogo uživalke potisnile v ozadje. Že samo s tem, ker med nosečnostjo niso dovolj dobro skrbele za zdravje svojega otroka, se vidijo kot neuspešne pri izpolnjevanju svoje materinske vloge, prek tega se zdijo neuspešne tudi v vlogi ženske kot take. Same nimajo izbire biti dobre ali slabe matere. Karkoli naredijo, ni dovolj dobro za izpolnitev pričakovanega (41). Prav zato nosečnice, ki uporabljajo droge, pogosto prikrivajo nosečnost ali pa strokovnemu osebju ne povedo, da so odvisne od prepovedanih drog, največkrat iz strahu pred okolico, ki bi jih moralno obsojala in na neki način izločila iz okolja (42).

Farrell (43) razlaga, da so velikokrat tudi strokovni delavci precej kaznovalni in moralistični do mater, odvisnih od prepovedanih drog. Ettore (44) ugotavlja, da naj bi bil tak odnos posledica nezakonitosti uživanja drog, s katerim matere prestopijo družbene norme. V eni od raziskav je kar 31 odstotkov nosečnic poročalo, da so doživele obsojajoč in diskriminatoren odnos strokovnega osebja ter da z njim niso hotele več vstopiti v stik (10). Nosečnice in matere se večkrat bojijo prositi za pomoč, počutijo se manjvredne, bojijo se, da jim bodo strokovne službe odvzele otroka (45, 46).

Na diskriminatoren odnos strokovnega osebja naj bi vplivalo tudi neznanje ter nepoznavanje odvisnosti ter premalo povezovanja z drugimi strokovnimi službami. Programi, ki ponujajo pomoč in obravnavajo odvisnost, ter programi pomoči, namenjeni otrokom, so velikokrat med seboj zelo različni ter prihajajo med seboj v konflikt, ker temeljijo na različnih stališčih in metodah dela. Osebje, ki dela v teh institucijah, ima različno znanje in različna teoretična izhodišča in velikokrat zelo malo ve o enem ali drugem področju dela (47).

Ocena tveganja in integrativna obravnava

V procesu pomoči je treba delovati multidisciplinarno z medsebojnim sodelovanjem vseh vpletenih institucij (ginekološke službe, porodnišnice, substitucijski programi, socialne službe) (48, 49, 22).

Pri obravnavi nosečnice, odvisne od prepovedanih drog, je treba narediti tudi analizo tveganja. V osnovi razumemo tveganje kot dejavnik, ki ogroža posameznikovo kakovost življenja. Pri tveganju opazujemo potencialne izgube, pomembnost teh izgub in verjetnost teh izgub oz. škode (50). Ocena tveganja je osnova za dober individualni načrt. Prvi korak integrativne obravnave je srečanje multidisciplinarnega tima, sodelovanje z vsemi udeleženi v načrtu skrbi. Cilj multidisciplinarnega tima je poskrbeti za nosečnico v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Nosečnica (po možnosti tudi njen partner) mora biti aktivno udeležena v načrtovanju skrbi in pri odločitvah. Ocena tveganja uživanja drog mora vsebovati – katero vrsto drog, količino drog, uporabo in način uživanja drog, fazo odvisnosti, zgodovino zdravljenja in motivacijo za spremembo (42). To pa je treba dopolniti s podrobnejšo analizo dejavnikov, ki so pomembni za nosečnost: zgodovina porodov in ginekoloških pregledov, pregled spolno prenosljivih bolezni in virusnih okužb, doživljanje nosečnosti in prihod otroka, načrti za otrokovo prihodnost, občutki krivde in samoobtoževanja, strah pred odvzemom otroka, zagotovljene potrebe in dostopnost virov.

Dober individualni načrt mora biti dobro koordiniran, z realističnimi in konkretnimi cilji (25).

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, ki deluje od leta 1995, omogoča celostno obravnavo odvisnim od prepovedanih drog, deluje multidisciplinarno in vsebuje reintegracijski del kot povezavo med medicinskim modelom in drugimi oblikami pomoči. Poleg vseh programov izvaja tudi pomoč ženskam, ki vstopajo v proces zdravljenja odvisnosti in imajo, čeprav ni

čakalnih dob, prednost pri obravnavi. Poleg drugih storitev centra imajo na voljo tudi žensko skupino, v kateri lahko ženske spregovorijo o vsebinah, o katerih ne zmorejo govoriti v heterogenih skupinah. V okviru CZOPD se materam zagotavljajo pomoč v okviru svetovanja v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, usmerjanje in sodelovanje z drugimi institucijami pomoči, kjer lahko mati poišče dodatno pomoč pri svojih osebnih stiskah ter v odnosu do otroka. Posebnega programa za pomoč materam v okviru CZOPD še ni, matere z otrokom pa se lahko nastanijo v posebnem apartmaju, ki je namenjen materi in otroku, če mati med zdravljenjem ne bi mogla oddati otroka v varstvo. Po naših izkušnjah v večini primerov med hospitalizacijo za otroka poskrbijo svojci, predvsem stari starši, redkokdaj pa tudi partner. CZOPD je povezan s Koordinacijo centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti. Njihova naloga je, da zagotovijo pomoč ženskam, nosečnicam in materam v okviru svetovanja, dodeljevanje nadomestne vzdrževalne terapije in druge medikamentozne terapije, izvajanje psihosocialnih intervencij in sodelovanje z drugimi strokovnimi službami, ki prihajajo v stik z uporabnicami drog.

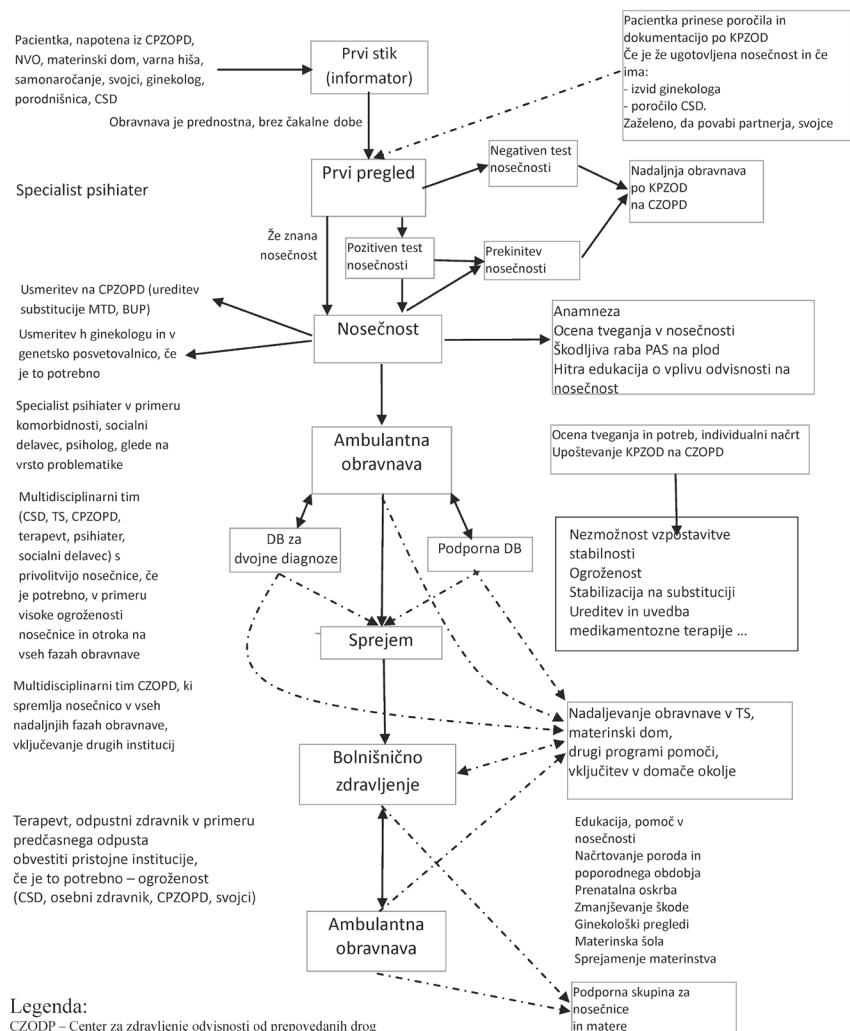
Pri nosečnicah, ki s svojim življenjskim slogom nedvomno resno ogrožajo nerojenega otroka, se občasno razmišlja tudi o psihiatričnem zdravljenju proti njihovi volji, vendar je tovrstna zakonodaja po navadi vezana na zakonodajo o duševnem zdravju in je v ospredju konflikt med materjo, ki s svojim življenjskim slogom ogroža otroka, in pravico staršev do vzgoje otroka. Prav tako v procesu pomoči ne smemo spregledati drugih dejavnikov tveganja, kot so partnerski odnos, duševno zdravje, socialno-ekonomski status, nasilje, ki so posredno ali neposredno povezani z zlorabo substanc. Vsi ti dejavniki so soodvisni drug od drugega in pomembno vplivajo na izid nosečnosti. Samo jemanje drog ne more biti razlog, da starši slabo skrbijo za svojega otroka, vendar uporaba drog najverjetneje in najpogosteje vpliva na možnost zaščite in skrbi za otroka, za njegovo telesno in duševno zdravje, prehrano, finančno pomoč in še skrb za preskrbo z drogo, kar pa seveda vpliva na sposobnost staršev za njihovo starševstvo (51).

Klinična pot obravnave nosečnic, odvisnih od prepovedanih drog, na CZOPD UPK Ljubljana (52)

IZVAJALCI

OBRAVNAVA

AKTIVNOST



Legenda:
 CZOPD – Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog
 CPZOPD – Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog
 DB – dnevna bolnišnica
 TS – terapevtska skupnost
 NVO – nevladne organizacije
 CSD – center za socialno delo

Literatura

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Pregnancy and opioid use: Strategies for treatment (internet). 2014 (citirano 2015 Feb 16). Dosegljivo na: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/pregnancy-opioid-use>
2. Kastelic A, Zver-Skomina J, Kostnapfel-Rihtar T. Ženske in droge. Ljubljana: Ustanova Odsev se sliši; 1999.
3. Mihevc Ponikvar B. Pregnancies and children born to drug use: Report in the drug situation 2008 in the Republic of Slovenia (internet). 2008 (citirano 2013 Mar 24). Dosegljivo na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2011.pdf
4. Inštitut za varovanje zdravja. Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2014 (internet). 2015 (citirano Mar 2015). Dosegljivo na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2014.pdf
5. Inštitut za varovanje zdravja. Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2010 (internet) 2011 (citirano Mar 2015). Dosegljivo na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2010.pdf
6. Inštitut za varovanje zdravja. Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2008 (internet). 2009 (citirano Feb 2014). Dosegljivo na: http://www.ivz.si/nacionalna_porocila?pi=5&_5_Filename=989.pdf&_5_MediaId=989&_5_AutoResize=false&pl=168-5.3
7. Mejak V. Doživljanje materinstva in potrebe po pomoči pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog (magistrsko delo). Ljubljana: FDV; 2009.
8. Murphy S, Rosenbaum M. Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma. New Jersey: Rutgers University Press; 1992.
9. Walker J. High risk pregnancy-management options. London: Sanders EB; 1999.
10. Briggs CA, Pepperell J. Women, girls and addiction. London: Routledge; 2009.
11. Finnegan LP. Treatment issues for opioid dependent women during the perinatal period. J Psychoactive drugs 2000; 23(2): 191-201.
12. Bregant, L. Pregled zlorabe drog v nosečnosti v Sloveniji v letu 1997-2001. Zbornik predavanj – 13. srečanje pediatrov v Mariboru. Maribor: Splošna porodnišnica Maribor; 2003.
13. Dunlop A, Panjari M, Sullivan H, Guidelines for the use of buprenorphine during pregnancy. Fitzroy: Turning point alcohol and drug centre; 2003.
14. Ward J, Mattick R, Hall W. Methadone maintenance during pregnancy. In methadone maintenance treatment and other Opioid replacement Therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publisher; 1998.
15. Bandustra ES, Burkett G. Maternal fetal and neonatal effects of in utero cocaine exposure. Semin perinatol. 1991; 15: 288-301.

16. University of Liverpool. A summaray of the health of drugs (internet). 2011 (citirano Mar 2015). Dosegljivo na: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/healthharmfinal-v1.pdf>
17. Sanchis A, Rosigue D, Catala J. Adverse effects of maternal Lorezapan on neonates. *Ann Pharmacother.* 1991; 25: 1137-38.
18. Mayo Smith MF. Pharmacological treatment of alcohol withdrawal, a meta analysis and evidence based practise guideline. *JAMA.* 1997; 160: 649-55.
19. Jones KL, Smith DW. Recognition of the foetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet.* 1973; 2: 999-1001.
20. Drglin Z. Rojstna hiša, kulturna monotonija poroda. Ljubljana: Delta; 2003.
21. Beck CT. A meta analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs. Res.* 1996; 45(5): 297-303.
22. Mayet S, Groshkova T, Morgan L, Strang J. Drugs and pregnancy- outcomes of women engaged with a specialist perinetal outreach addiction services. *Drug Alcohol Rev.* 2008; 27(5): 497-503.
23. Durand LS, Lejeune C. Polydrug use during pregnancy and neonatal outcomes, data for ten years retrospective French study. *J Neonatal Nurs.* 2012; 18: 232-240.
24. McGlade A., Ware R, Crawford M. Child protections outcomes for infants substance abusing mothers. A matched cohort study. *Pediater drugs.* 2009; 124(1); 233-68.
25. Day E, George S. Management of drug misuse in pregnancy. *Adv Psychiatr treat.* 2005; 11: 251-63.
26. Finnegan LP, Ehrlich K. Maternal drug use during pregnancy: evaluation and pharmacotherapy for neonatal abstinence. *Modern Methods in Pharmacology. Testing Evaluation of Drugs of Abuse.* 1992; 6: 255-63.
27. Wittman, BK, Segal SA. A comparison of the effects of single and split dose methadone administration on the fetus ultrasound evaluation. *Int J addict.* 1991; 26: 213-218.
28. Mactier H. Neonatal and longer term management following substance misuse in pregnancy. *Early hum dev.* 2013; 89: 887-92.
29. Kaltenbach K, Beghella V, Finnegan L. Opioid dependence during pregnancy: Effects and management: *Obstet Gynecol clin.* 1991; 25: 139-51.
30. Raddliffe, P. Motherhood, pregnancy, and negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Soc sci med* 2011; 72: 984-91.
31. Hepburn M. Drug use and women reproductive health. London: Routledge Hogan; 2002.
32. Todorovič M, Kanič Z, Miskič M, Roškar Z, Pogorevc R, Bračič K. (2005): Novorojenček matere, ki je odvisna od drog. *Medicinski mesečnik.* 2005; 15-17.
33. Osborn DA, Cole MJ. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. Oxford: Cochrane Library; 2004.
34. Cogle D, Milner M, Clarke T. Neonatal abstinence syndrome: *Ir med J.* 1992; 92: 232-36.

35. Jones HE, Haung N, Silverman K, Svikis D. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 61:297-306.
36. Scully M, Geoghegan N, Corcoran P, Tiernan M, Keenan E. Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women, *J subst abuse treat.* 2004; 26(1): 27-33.
37. Krek M, Mišigok-Krek J. Nosečnost in odvisnost od nedovoljenih drog. *Zdrav var.* 1993; 38: 247-58.
38. Finnegan LP, Connaughton JF, Korn RE, Emich JP. (1975): Neonatal abstinence syndrome. Assessment and management. *Addict dis.* 1975; 2: 141-58.
39. Finnegan LP. Treatment issues for opioid dependent women during the perinatal period. *J psychoactive drugs.* 1991; 23(Suppl 2): 191-201.
40. O Mara NB, Nahata MC. Drug excreted in human breast milk. Washington: American Pharmaceutical association; 2002.
41. Ettore E. Revising women and drug use – gender sensitivity of pregnant embodiment and reducing harm. *Int J drug policy.* 2004; 15: 327-35.
42. Toscano V. Misguided retribution; criminalization of pregnant women who take drugs. London: Sage publication; 2005.
43. Johnson K, Gerada C, Greenough. Treatment of neonatal abstinence syndrome. *Arc Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003; 88: F2- F5.
44. Ettore E. Revising Women and Drug Use. London: Palgrave, 2007.
45. Farrell E. Women, children, drug use. Dublin: Drug misuse and drug division; 2001.
46. Comisky CM., Sullivan K, Cronly J. Hazardous journeys to better place. Dublin: Health Services Executive; 2006.
47. Carlsson B. Best practise in the treatment of substance abusing women in the child welfare system. *J Soc Pract Addict.* 2006; 6(3): 97-119.
48. Kumpfer, L. Links between prevention and treatment for drug abusing women and their children. *J soc pract addict.* 2001; 1(2): 3-22.
49. Klee H, Jackson M, Lewis S. *Drug Misuse and Motherhood.* New York: Routledge; 2002.
50. Flaker V, Grebenc V. Analiza tveganja (internet). 2007 (citirano 2012 Feb 6). Dosegljivo na: [http://www.fsd.unilj.si/mma_bin.php/\\$fld/2010032821290056/\\$fName/ANALIZA+TVEGANJa+priro%C4%8Dnik.pdf](http://www.fsd.unilj.si/mma_bin.php/$fld/2010032821290056/$fName/ANALIZA+TVEGANJa+priro%C4%8Dnik.pdf) (15.5.2017).
51. European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. Pregnancy, childcare and the family. Key issues to response to drug. 2012 (citirano 2014 Mar 23). Dosegljivo na: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>.
52. Klinična pot obravnave nosečnic, odvisnih od prepovedanih drog na CZOPD UPK Ljubljana. (citirano 2015 Feb 15). Dosegljivo na: http://intranet.klinika.net/fileadmin/dokumenti/Obrazci/Klinicne_poti/Klinicna_pot_z_a_obravnavo__nosecnic_CZOPD.pdf

Nasilje in nosečnost

Tanja Premru-Sršen, Miha Lučovnik

Definicija

Nasilje je psihosocialna bolezen, ki pri žrtvi in priči nasilja povzroči somatske in psihosomatske bolezni in se lahko prenaša iz roda v rod.

Nasilje nad ženskami so Združeni narodi opredelili kot katerokoli na spolu temelječe dejanje, ki ženskam povzroči ali lahko povzroči fizično, spolno ali mentalno škodo ali trpljenje. Vključuje tudi grožnje s takšnimi dejanji ter prisilen ali samovoljen odvzem prostosti v javnem ali zasebnem življenju (1).

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 (1).

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 (1).

Psihološko nasilje obsega velik razpon dejanj, ki pri žrtvi vodijo v zmanjšano mentalno zdravje in slabo čustveno počutje. Psihološko nasilje lahko vsebuje različne oblike nasilnih taktik, kot so poniževanje, kričanje, nadzorovalno vedenje, zalezovanje, osamitev, grožnje s prekinitvijo razmerja ali grožnje z odvzemom otrok, vendar pa niso omejene le na te. Nekaterih psihološko oz. čustveno nasilnih ravnanj žrtev niti ne prepozna kot nasilno ravnanje ali zlorabo (2).

Nasilje v nosečnosti se poleg drugih oblik nasilja nanaša specifično na dejanja, povezana z načrtovanjem družine (žensko partner nameno- ma 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 (3).

Pojavnost

Najbolj zanesljive podatke o pojavnosti nasilja nad ženskami prikažejo nacionalne raziskave. Raziskava, ki jo je leta 2013 izvedla Svetovna zdravstvena organizacija v sodelovanju z London School of Hygiene and Tropical Medicine in Medical Research Council in je zajela 80 držav, je pokazala, da je globalno okoli 30 odstotkov žensk, ki so bile v razmerju, izkusilo fizično in/ali spolno nasilje s strani partnerja. Ocenjena pojavnost je bila od 23,2 odstotka v razvitih državah in 24,6 odstotka v zahodnem pacifiškem območju do 37 odstotkov v vzhodnem mediteranskem območju in 37,7 odstotka v jugovzhodni Aziji (1). Globalno je do 38 odstotkov storilcev umorov žensk njihov intimni partner (1). Ni nepomembno, da je bilo 7 odstotkov žensk spolno zlorabljenih s strani drugih oseb (1).

Raziskava NANOS o nasilju nad ženskami v reproduktivnem obdobju, ki je bila izvedena leta 2014 na presečnem vzorcu 1018 otročnic v Porodnišnici Ljubljana, je pokazala, da so bile ženske, starejše od 18 let, žrtve fizičnega in/ali spolnega nasilja v 11,5 odstotka (4). Kar 14,1 odstotka žensk pa je izjavilo, da so bile žrtve psihičnega nasilja. Upoš-

tevajoč vse tri vrste nasilja in nasilje zdravstvenih delavcev, je ljubljanski vzorec žensk razkril, da je kar 46,9 odstotka žensk v nekem obdobju svojega življenja trpelo zaradi vsaj ene oblike nasilja, kar pomeni vsaka druga ženska.

Katerokoli obliko nasilja v nosečnosti je v ljubljanskem vzorcu žensk trpelo 4,2 odstotka žensk. Med 23 državami z različnih delov sveta in z različno stopnjo razvitosti je bilo poročano o vsem nasilju v nosečnosti v razponu od 5,8 odstotka v Avstraliji do 63,4 odstotka v Braziliji (5). V ljubljanskem vzorcu je trpelo fizično nasilje 1 odstotek nosečnic, psihično nasilje 3,2 odstotka, spolnega nasilja pa ni opisala nobena nosečnica. Tudi od drugod poročajo o največjem odstotku psihičnega nasilja v nosečnosti, od 1,5 odstotka v Kanadi do 77,1 odstotka v Novi Zelandiji, sledi fizično nasilje, od 3 odstotke v Švici do 57 odstotkov v Ugandi, najmanj je spolnega nasilja, od 2 odstotka v Švici do 14 odstotkov v Pakistanu (5).

Dejavniki tveganja

Dejavnikov tveganja, s katerimi bi lahko opredelili, katere ženske imajo večje tveganje, da so ali da bodo žrtve nasilja v nosečnosti, ni enostavno opredeliti, zato je na osnovi demografskih lastnosti ženske ali partnerja nemogoče razpoznati morebitno žrtev nasilja. Med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za nasilje v nosečnosti je zgodovina nasilja, ki tudi do štirikrat poveča tveganje za nasilje v nosečnosti (4–6). V ljubljanskem vzorcu žensk je bila zgodovina nasilja, tudi nasilje v otroštvu, edini značilni dejavnik tveganja za nasilje v nosečnosti (4, 7), medtem ko drugi poročajo še o drugih dejavnikih. Med temi so v razvitih državah pomembnejši nižja izobrazba, samski stan, nenačrtovana/neželena nosečnost s strani žrtve ali s strani partnerja (1, 5, 6, 8–10).

Posledice za zdravje

Nasilje v nosečnosti povezujejo s prezgodnjim porodom in majhno porodno težo (11). Prvesnice, ki so bile izpostavljene spolnemu nasilju v odrasli dobi, pogosteje rodijo z načrtovanim carskim rezom, mnogorodnice, ki so bile izpostavljene fizičnemu nasilju, pa imajo povečano tveganje za porod z nujnim carskim rezom (12). Ponekod nasilje v nosečnosti povezujejo tudi s splavom in mrtvorojenostjo (1).

Nosečnice iz ljubljanskega vzorca, ki so doživljale nasilje pred nosečnostjo ali med njo, so prav tako pogosteje rodile s carskim rezom, niso pa pomembno pogosteje rodile prezgodaj ali rodile novorojenčka, ki bi bil prelahek za gestacijsko starost (13).

Nasilje pri ženski lahko izzove depresijo, anksioznost, motnje hranjenja, nespečnost in posttravmatski stres ter v hujši obliki lahko pripelje tudi do samomora (1). Ženske, ki doživljajo nasilje, pogosteje tožijo zaradi glavobola, bolečin v križu, mišicah ali trebuhu ter slabše ocenjujejo svoje zdravstveno stanje (1). Pogosteje se tudi zatekajo k alkoholu ali kajenju (1).

Pri naših nosečnicah, ki so bile žrtve kateregakoli nasilja kadarkoli v življenju, smo prav tako ugotovili pomembno večji delež depresivnih in anksioznih motenj, pogosteje so v preteklosti poiskale pomoč psihologa ali psihiatra in so bile pogosteje žrtve nasilja na delovnem mestu.

Preventiva

Učenje nenasilnega vedenja in nenasilnih, spoštljivih odnosov se mora začeti že zelo zgodaj. Obstaja nekaj dokazov iz razvitih držav, da imajo šolski programi za preprečevanje nasilja v razmerjih v obliki zmenkov nekaj dobrih učinkov (1).

Šole za starše lahko s svojim programom zavzamejo pomembno vlogo pri izobraževanju nosečnic in njihovih partnerjev o nasilju in pravicah žensk (3).

Med preostalimi primarnimi preventivnimi ukrepi obetajo združevanje ekonomske krepitve žensk s treningi spolne enakosti, promocija komunikacijskih in partnerskih veščin med pari in v skupnosti, zmanjševanje škodljive uporabe alkohola ter družbena sprememba v dojetanju vloge spolov (1).

Za doseganje trajnih rezultatov pri preprečevanju nasilja nad ženskami je pomembno spregovoriti o diskriminaciji žensk, promovirati spolno enakost, podpirati ženske, pomagati ustvarjati nenasilne družbene norme in vzpostaviti trajnostne mehanizme za pomoč žrtvam nasilja (1, 14).

Presejanje

Razkritje, da ženska doživlja nasilje v katerikoli obliki, je ključnega pomena, da različne institucije lahko sprožijo postopke zaščite žrtve nasilja. Nosečnice iz ljubljanskega vzorca so razkrile partnersko nasilje le v 9 odstotkih (fizično nasilje) oz. 23 odstotkih (psihološko in spolno nasilje) (15). Najpogosteje so se zaupale zdravniku, manj pogosto psihologu, socialnemu delavcu ali medicinski sestri (15).

Nosečnost je »okno priložnosti«, ko zdravstveni delavci pogosto prihajajo v stik z nosečnico in jo lahko aktivno vzpodbudijo tudi k razkritju nasilja (4, 15). V času nosečnosti je ženska izjemno dovzetna za zdrave spremembe življenjskega sloga za zaščito še ne rojenega otroka, kar nam daje možnost nudenja različnih oblik pomoči. Ključno je, da so zdravstveni delavci usmerjeno izobraženi in izurjeni v prepoznavanju nasilja ter so zmožni ustrezno ukrepati (1). Vzpostavljene morajo biti tudi aktivne povezave med različnimi službami in institucijami, ki lahko žrtvi nasilja zagotovijo ustrezno pomoč (1).

Presejanje je edini način, da lahko povečamo delež nosečnic, ki bodo pripravljene spregovoriti o nasilju. The American College of Obstetricians and Gynecologists v svojem priporočilu predlaga preprost način presejanja za nasilje v nosečnosti in reproduktivnem obdobju v obliki osebnega pogovora (Glej poglavje *Priporočila za izvajanje presejanja*) (16).

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 (Woman Abuse Screening Tool/Woman Abuse Screening Tool-Short Form (WAST/WAST-SF)) (17). Občutljivost in značilnost presejanja sta največji, če uporabimo WAST v daljši obliki in kot mejno vrednost za pozitiven rezultat upoštevamo 10 točk (Glej poglavje *Priporočila za izvajanje presejanja*) (18). Pri tej mejni vrednosti dobimo nekaj več lažno pozitivnih rezultatov, zato pa zajamemo večino žensk, ki so žrtve nasilja. Enako učinkovito kot osebni pogovor ali intervju je lahko tudi presejanje na način, da ženska sama izpolni vprašalnik (19).

Zaključek

Ob sumu na nasilje v nosečnosti ob pozitivnem presejalnem testu ali ob odkritem razkritju nasilja s strani nosečnice je treba nadaljnje ukrepe uskladiti z nosečnico, saj gre za zelo občutljiv psihosocialni in socialnoekonomski položaj ženske in njene družine. Ponudimo ji takojšnjo pomoč psihologa ali psihiatra, s katerim ginekolog sodeluje v nadaljevanju nosečnosti. Mreža psihologov in psihiatrov, h katerim lahko napotimo nosečnico, je objavljena na spletni strani Nacionalnega inštituta za zdravje (<http://zdaj.net/sl/program-pregledov/bodoci-stars/dusevno-zdravje/>). V dogovoru z žensko obvestimo pristojno socialno službo in glede na njeno željo tudi organe pregona oz. nasilno dejanje organom pregona prijavi ženska

sama (Glej poglavje *Kompleksnost nasilja v družini, prijavna dolžnost strokovnih delavcev v zdravstvu in sodelovanje v strokovni mreži pomoči*).

Literatura

1. WHO: Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. 2016;1–6. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
2. Mouradian VE. Abuse in Intimate Relationships: Defining the Multiple Dimensions and Terms. 1994; Available from: <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/research/defining.shtml>
3. 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;
4. Globevnik Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, Verdenik I, Tul N, Blickstein I. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *J Perinat Med*. 2017;45:1–5.
5. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence Vict* [Internet]. 2013;28:359–80. Available from: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=0886-6708&volume=28&issue=3&page=359>
6. Finnbogadóttir H, Dykes A-K, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Womens Health* [Internet]. 2014;14:63. Available from: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-63>
7. Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, Verdenik I, Globevnik Velikonja V. Sociodemographic characteristics of pregnant women as indicators of domestic violence victims. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016;206:257–8. Available from: [http://www.ejog.org/article/S0301-2115\(16\)30339-6/pdf](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(16)30339-6/pdf)
8. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, Heaman M, Janssen PA, Smylie J, et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *Am J Public Health*. 2012;102:1893–901.
9. Van Parys A-S, Deschepper E, Michielsens K, Temmerman M, Verstraelen H. Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014;14:294. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-294>.
10. Sørbø MF, Grimstad H, Bjørngaard JH, Schei B, Lukasse M. Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study.

- BMC Public Health [Internet]. 2013;13:186. Available from:
<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-186>
11. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;133:269–76.
 12. Schei B, Lukasse M, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. A history of abuse and operative delivery - Results from a European multi-country cohort study. *PLoS One.* 2014;9(1).
 13. Premru-Sršen T, Lučovnik M, Vidmar Šimic M, Kranjc M, Pavše L, Leskošek V, Verdenik I, Geršak K, Globevnik Velikonja V. Impact of abuse before and during pregnancy on preterm birth and small for gestational age neonatal birth weight. 2018;218:S568-S569.
 14. Medical Officer of Health. Toronto. Action on Intimate Partner Violence Against Women. 2015;1–23. Available from:
<http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2015/h/bgrd/backgroundfile-85930.pdf>
 15. Leskošek V, Lučovnik M, Pavše L, Premru Sršen T, Krajnc M, Verdenik I, Globevnik Velikonja V. The role of health services in encouraging disclosure of violence against women. 2017;56:220–6. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5639811/>
 16. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate Partner Violence. Committee Opinion No. 518. *Obs Gynecol.* 2012;119:412–7.
 17. 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. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688958/pdf/nihms113250.pdf>
 18. Iskandar L, Braun KL, Katz AR. Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *J Interperspective Violence.* 2015;30:1208–25.
 19. 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. Available from:
<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-84>

Kompleksnost nasilja v družini, prijavna dolžnost strokovnih delavcev v zdravstvu in sodelovanje v strokovni mreži pomoči*

Anton Toni Klančnik

Uvod

V zadnjih nekaj letih je v strokovni javnosti prišlo do širšega zavedanja, da je treba odreagirati na vsako nasilje, nanj pravočasno opozoriti, se povezati z različnimi institucijami in v nadaljevanju delovati v korist žrtev tega nasilja. Sliši se precej enostavno in enoznačno, čeprav se v praksi pojavljajo različna vprašanja in dileme. Kaj moram storiti, ko mi pacient pove, da je žrtev nasilja; naj to prijavim, in je to prelom načela zaupnosti med zdravnikom in pacientom/pacientko; zakaj je to sploh v korist žrtve; ali naj se žrtev vrne v domače okolje, kjer bo verjetno deležna dodatnega nasilja; naj to evidentiram v zdravstveni

* Prispevek odraža stališča avtorja in ne nujno tudi stališča institucije, v okviru katere opravlja naloge, povezane s tematiko iz pričujočega prispevka.

karton; bom vabljen kot priča v sodnem postopku – to so le nekatera vprašanja, ki se lahko zdravniku oz. vsakemu strokovnemu delavcu zastavljajo ob zaznavi nasilja.

Podobno kot zdravniki in zdravstveno osebje se tudi kriminalisti in policisti ukvarjajo s podobnimi vprašanji. Kako to, da pacienta napotujejo na policijo ali socialno službo, da sam prijavi nasilje nad sabo; zakaj takšne prijave naknadno ne spremljajo informacije o zdravniških ugotovitvah o nasilju, poškodbah in drugih informacijah; občasno se pojavljajo tudi odkloni zdravstvenega osebja o posredovanju relevantnih informacij o nasilju nad žrtvijo, to vse pa posledično pomeni oteženo preiskavo kaznivih dejanj z elementi nasilja.

Po eni strani je povsem razumljivo, da gre v primerih nasilja nad družinskimi člani in v partnerskih razmerjih pogosteje za sklope najrazličnejših občutljivih osebnih podatkov, po drugi strani pa je tudi samo preiskovanje (ali obravnava) takšnih primerov povezano v celoti z zasebnim, intimnim in emocionalnim življenjem slehernega posameznika. Stroka ocenjuje, da je ravno zaradi takšne narave teh primerov potrebno medsebojno sodelovanje (npr. medinstitucionalni pristop) ter tvorno strokovno delovanje (npr. multidisciplinarni pristop).

V takih (idealnih) razmerah je tudi ustrezno odzivanje vseh institucij v največjo korist žrtev nasilja.

Zaznavanje nasilja: prikaz primera

»Danes je v ambulanto vstopila pacientka in ob koncu pregleda je 'navrgla', da jo je doma mož pretepel brez posebnega razloga. Mislim, da je rekla, da naj večerja ne bi bila v redu. Tokrat otrok ni bilo doma, da bi videli nasilje, a se je to zgodilo že večkrat. Pacientka pravi, da tedaj, ko je trezen, je 'super' mož in dober oče, ko pa je pijan, je doma kot vihar. 'Še dobro, da so potem prišli domov otroci in šli kmalu spat, da se je v tem času vsaj malo umiril,' je rekla in dodala, da je bilo ozračje še vedno napeto. Nadaljevala je: 'Potem pa mi je s

kretnjo roke ukazal, da sem šla v spalnico, kjer sem se morala sleči.' Rekla mu je, da noče, a jo je vseeno vrgel na posteljo in rekel, da je ona njegova last in da se ne bo z nikomer drugim 'dol dajala', ker je njegova žena. 'Potem mi je slekel hlačke in ... opravil. Nisem se mogla več upirati, ker je to naredil že tolikokrat, da niti ne štejem več. Pa še otroci so doma.' Nato mi je pacientka rekla, da mi je povedala zato, ker nima nikomur možnosti izpovedati se, da si je olajšala dušo in da me prosi, da tega nikomur ne povem. Povedala je še, da misli, da je tudi sama kriva za to, ker ne zna ustreči možu.«

Na tej točki zdravstveno osebje odreagira različno. Izhajajoč iz praktičnih izkušenj policije, se dogaja, da nekateri obljubijo pacientkam molčečnost, a jih napotijo na socialno službo ali policijo; redkeje se odločajo za neposredno prijavo. Ocena je, da je težava o opremljenosti osebja z informacijami, kaj sme oz. lahko stori v takih primerih. Tudi zdravstveno osebje je lahko v stiski, dilemi, ali je ravnalo pravilno in ali bi lahko še kaj več storilo v danih situacijah.

Zaznava, prijava in obravnava

Iz predstavljenega primera izhaja kar nekaj elementov v tabeli 1, ki so lahko pomembni z vidika nadaljnje preiskave nasilja oz. domnevnega kaznivega ravnanja¹.

1 Pod kazniva ravnanja v kontekstu tega prispevka štejemo kazniva dejanja in prekrške.

Tabela 1 – Pregled elementov, pomembnih za preiskavo nasilja oz. kaznivega dejanja

Izvečki iz primera (posamezni poudarki)	Sporočila, informacije, iztočnice za razumevanje (oris z vidika kriminalistične stroke)
Sklop 1	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mož pretepel brez posebnega vzroka,</i> • <i>tokrat otrok ni bilo doma, da bi videli nasilje, a se je to zgodilo že večkrat,</i> • <i>ko je trezen, je 'super' mož in dober oče, ko pa je pijan, je doma kot vihar,</i> • <i>po prihodu otrok domov se je vsaj malo umiril, ozračje je še vedno nape-to[...]</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Navzočnost fizičnega nasilja, • navzočnost drugih (morebitni očividci, priče), ki odvrčajo njenega moža od izvajanja »vidnega« nasilja, • zloraba alkohola, • spremenjeno vedenje njenega moža.
Sklop 2	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>S krenjro roke ukazal njen odhod v spalnico in zahteva, da se sleče,</i> • <i>ona noče, a jo vseeno vrže na posteljo,</i> • <i>ona je njegova last,</i> • <i>z nikomer ne sme biti (op. se ne bo 'dol dajala'), ker je njegova žena,</i> • <i>slekel ji je hlačke in ... opravil,</i> • <i>ni se mogla več upirati, to je naredil že tolikokrat, niti ne šteje več,</i> • <i>doma so otroci.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Podrejen položaj žrtve in nadrejen položaj njenega moža, • predhodne oblike nasilja, • žrtev le njegova last (objekt), • nezmožnost upiranja, • občutki nemoči in brezizhodnosti, • kontrola in nadzor nad žrtvijo, • spolno nasilje, • prisoten sram pred otroki (npr. slaba mati).
Sklop 3	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Povedala je, ker nima nikomur možnosti izpovedati se, olajšala si je dušo,</i> • <i>prosila je, da se to nikomur ne pove,</i> • <i>misli, da je tudi sama kriva za to, ker ne zna ustreči možu.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialna mreža žrtve je zožena ali pa je ni, • morda želi naznaniti, a nima informacij, kaj in kako naj to naredi, • prošnja po zaupnosti o nasilju je lahko »krik na pomoč«, • obljuba zaupnosti je problematična (nove ovire), • potreba po psihičnem ravnovesju, razbremenitvi, okrivljenje samega sebe (žrtev).

Iz tabele 1 izhaja razdelitev na tri relativno samostojne sklope informacij, ki jih je mogoče izluščiti, hkrati pa vsak od teh sklopov oz. tudi vsaka postavka prinaša specifične informacije.

Iz prvega kvadranta (sklop 1) je mogoče razbrati, da okoliščine, ki jih je v svoji izpovedi navedla žrtev, kažejo na to, da je navzoče fizično nasilje, posebej pogojeno s predhodno alkoholizirano povzročitelja nasilja (njenega moža). Iz osnovnih oz. zelo skopih informacij je zaznati, da zloraba alkohola pri povzročitelju nasilja pomeni potencialno nevarnost, da bo opitost pomembno vplivala na izvajanje nasilja nad žrtvijo. Že iz tega dela je mogoče sklepati, da je lahko fizično nasilje pogosto, da ta tepež ni bil »le« enkratni dogodek. Seveda pa je razumeti, da se povzročitelj nasilja zmore vsaj za silo samokontrolirati, ko so navzoče druge osebe (npr. v danem primeru njuni otroci); do njih neposredno naj (še) ne bi izvajal nasilja, razen tega, da otroci živijo v nasilnem okolju. Slednje je lahko še dodatna spodbuda, da je pomembno, da pride do prijave nasilja pristojnim institucijam.

Iz naslednjega kvadranta (sklop 2) izhaja, da ima povzročitelj praktično v popolni oblasti žrtev, njen življenjski prostor je povsem omejen, možnosti za žrtvin upor so minimalne oz. jih praktično ni. Sama žrtev je v izredno podrejenem položaju v primerjavi s povzročiteljem nasilja, ki si žrtev lasti kot predmet, ta namreč nad njo vlada, ji je nadrejen. Videti je, da gre za dolgotrajno nasilje, saj si je povzročitelj nasilja »svojo« žrtev podrejal precej časa, da je dosegel njeno ponižnost, pokornost in ubogljivost. Zaman so videti njeni poskusi upora, čeprav le verbalno, saj je povzročitelj nasilja očitno »večji«² oz. močnejši od nje. Dodatna ovira za žrtev je dejstvo, da so v bližini navzoči njuni otroci, četudi naj bi že legli k počitku, ta ne želi, da so priča kakršnekoli nasilju, ki ga izvaja povzročitelj nasilja (tj. njihov oče). Pogosto se lahko v takšnih primerih nasilja pokaže pri žrtvah sram, da se nad njimi izvaja nasilje, neupravičeni občutki, da je žrtev³ npr. slaba mati. Iz tega sklopa izhajajo tudi občutki nemoči in brezizhodnosti ter kon-

2 Namenoma v narekovajih, saj ni zlatega pravila, da so povzročitelji nasilja res fizično večji od žrtev.

3 Pri moških, da je »bojazljivec, strahopetec«, zbadljivke »a žena te tepe« ipd.

trola in nadzor povzročitelja nasilja nad vsakršno morebitno aktivnostjo žrtve.

V zadnjem kvadrantu (sklop 3) je lahko razbrati, da je njena socialna mreža povsem zožena ali da je celo nima, kar je lahko posledica postopnega odvzemanja samostojnosti in postopne odvisnosti od stališč, mnenja povzročitelja nasilja. Torej v primarnem stadiju, ko sta si partnerja še enakovredna, se lahko počasi, a zanesljivo začnejo pobude⁴ povzročitelja nasilja, kot je »saj danes ni potrebe, da greš ven s prijateljicami, bodiva midva skupaj«. In tako večkrat postopoma na različne načine omejuje socialne stike z znanci, prijatelji, vrstniki, sorodniki idr., vse dokler se žrtev postopoma, ne zavedajoča se, ne »odreče« svoji socialni mreži. Iz istega sklopa je razvidno, da prosi za zaupnost in zaupanje strokovne osebe (zdravnika, medicinske sestre, zdravstvenega tehnika, socialnega delavca idr.) o nasilju, ki ga je izpovedala. Morda je to vendarle njena možnost, ker je o nasilju povedala nekemu zunaj svojega (ozkega, omejenega) življenjskega prostora, da si želi podati prijavo ali pa je celo ta izpoved njena oblika prijave nekemu, za kogar ve, da jo posluša, je moder, je zaupanja vreden, je strokovnjak, zna svetovati, je razumen in preudaren itn. Morda žrtev ni opremljena z ustreznimi informacijami in možnostmi, ki so ji na razpolago, da bi lahko izstopila iz kroga nasilja⁵ (1, 2). Iz prakse izhaja, da je treba žrtvino prošnjo po zaupnosti o izpovedanem nasilju nekako razumeti kot njen »krik na pomoč«, da se ustavi nasilje, da lahko vendarle pride do sprememb v njenem življenju.

Na tem mestu je treba poudariti, da obstaja možnost, da bi žrtev temu oporekala in ne bi želela vložiti formalne prijave; to še ne pomeni, da je ne bi mogel vložiti zdravnik oz. zdravstveno osebje.⁶ Posebej velja omeniti možnost, da se skupaj z žrtvijo poišče stik z eno

4 Iz različnih razlogov, npr. ljubosumje, posesivnost, narcisoidnost, strah pred izgubo partnerja/partnerke ipd.

5 Tako ga označuje strokovna literatura.

6 Več o pravnih podlagah glede prijavljanja nasilja in kaznivih dejanj v nadaljevanju.

izmed tistih nevladnih in neprofitnih organizacij, ki delujejo v javnem interesu na področju socialnovarstvenih storitev. Te zagotavljajo ustrezno spremstvo žrtev na uradne institucije, svetovanja, pomagajo žrtvi pri vložitvi prijave in urejanju osebnih stvari za žrtev, poskrbijo tudi za varno namestitev žrtve, če je to potrebno, in druge storitve.

V razlagalnem kvadrantu k sklopu 3 je navedena »obljuba zaupnosti«, ki predstavlja nove ovire in težave za tistega, ki je obljubo dal, in za tiste, ki bodo pozneje (morda) preiskovali primer. Gre za problematično situacijo za tistega, ki je obljubo dal, saj pogosto ne bo mogel ravnati povsem iskreno, korektno in objektivno do predstavnikov uradnih institucij; zavezal se je spoštovanju zaupanja in verjetno ne bo želel prelomiti dane obljube. Na njegovi strani obstajajo najrazličnejši pomisleki, npr. kam vendar pa bo lahko žrtev sploh še šla, če že sam prelomi obljubo. Po drugi strani lahko nadaljnje »širjenje« informacij ob dani obljubi z vidika žrtve predstavlja njene pomisleke in hudo stisko, npr. spet je dotična oseba zlorabila njeno zaupanje, komu sploh lahko še zaupa, saj je nihče ne razume, nihče je ne sprejema, nihče ne pomaga. Njen položaj brezizhodnosti se na tak način le še pogloblja. Z zornega kota preiskovalca ali terapevta, ki bo imel v obravnavi dani primer, bo to lahko predstavljalo oviro za pridobivanje relevantnih in objektivnih informacij, dokazil, podatkov, kar bi lahko onemogočilo učinkovito odzivanje in ukrepanje vseh v strokovni mreži pomoči (socialne službe, terapevtov, policistov idr.). Verjetno je bolje predlagati žrtvi, da se skupaj z njo poišče ustrezna strokovna usposobljena oseba ali institucija, ki lahko v danem trenutku pomaga obema.⁷

Ob predstavljenem je treba biti pozoren tudi na okrivljenje samega sebe, kar je prikazano v zgornjem tipičnem primeru. Žrtev krivi sebe, da je odgovorna za »sankcijo«, ki je je bila deležna, ker ne zna nič narediti prav in zato sama prispeva k nasilju. To dodatno narekuje, da

⁷ Namenoma je uporabljena dvojina zaradi prenosa psihičnega bremena, razbremenitve obeh udeležencev: žrtve in sogovornika (npr. strokovnega uslužbenca v zdravstvu).

je treba informirati žrtev, da sta krivda in odgovornost na strani tistega, ki izvaja nasilje, ne obratno.

Pregled pravnih podlag za prijavo nasilja in kaznivih dejanj

Nasilje v družini oz. nad družinskimi člani v najširšem kontekstu⁸ predstavlja tudi cel spekter pravnih pravil⁹, ki omogočajo ustreznejše odzivanje in ukrepanje različnih institucij, organov in organizacij. Ta del ureja konkreten predpis, ki je tudi krovni pravni akt na področju preprečevanja nasilja v družini. Z vidika ožjega področja, ko je torej govora o prijavah različnih vrst in oblik nasilja, pa to vprašanje ureja več predpisov in je to vprašanje povezano tudi z drugimi tematikami, npr. z varstvom poklicne skrivnosti in osebnih podatkov, opredelitvijo kaznivega dejanja, v nekaterih primerih celo s kazensko odgovornostjo za morebitno neodzivnost in neukrepanje ob zaznavi kaznivega dejanja. Nekateri predpisi določajo tudi obveščanje drugih institucij v primerih, ki jih obravnava ta prispevek. V nadaljevanju so navedeni le tisti instituti za strokovne službe in možnosti za žrtve (oškodovance), ki so v smiselni povezavi s pravili o vložitvi prijave zoper nasilje ali o kaznivih dejanjih.

Predpisi s področja preprečevanja nasilja v družini

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (3) je temeljni sistemski pravni akt, ki poleg drugih tematik celovito ureja ustrezno odzivanje vseh, vključenih v strokovno pomoč žrtvi, in tudi vložitev prijav

⁸ Primerjaj določbo 2. člena Zakona o preprečevanju nasilja v družini, ki opredeljuje celo paleto možnih družinskih in partnerskih razmerij, kar omogoča tudi celovitejše delovanje vseh v strokovni mreži pomoči.

⁹ V prispevku so predstavljeni posamezni povzetki in poudarki, ki niso pravna podlaga za odzivanje, marveč so zgolj v vlogi informacij in pojasnil. Natančna pravila so zapisana v navedenih predpisih in drugih pravnih aktih, ki so, upoštevajoč kontekst tega prispevka, izvzeti (npr. mednarodne pogodbe, konvencije).

zoper povzročitelje nasilja. Na njegovi osnovi so bili izdani štiri podzakonski akti¹⁰ (4, 5, 6, 7), ki podrobneje urejajo to področje dela z vidika zdravstva, centrov za socialno delo, šolstva in policije ter se v posameznih segmentih prepletajo in dopolnjujejo (skupno sodelovanje, obveščanje, prijavljanje sumov nasilja, celovita obravnava žrtev) s poudarkom na stekanju vseh relevantnih informacij v centre za socialno delo.

Za razumevanje izraza »nasilje v družini« je treba poudariti njegovo holistično definicijo, kot jo opredeljuje novela ZPND (8) v prvem in drugem odstavku 3. člena:

»Nasilje v družini je prepovedano ter da je takšno nasilje vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana (povzročitelj nasilja) proti drugemu družinskemu članu (žrtev) oziroma zanemarjanje ali zalezovanje žrtve ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja nasilja, in telesno kaznovanje otrok.«

Dolžnost vložiti prijavo zoper nasilje v družini je definirana v 6. členu ZPND, posebej pa ta določba spodbuja obveščanje centrov za socialno delo, policije ali državnega tožilstva, ko strokovni delavci pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje nad družinskimi člani. Iz iste določbe izhaja tudi, da so vsi v strokovni mreži¹¹ pomoči dolžni takoj obvestiti navedene institucije, kadar posumijo, da je žrtev otrok¹² ali oseba, ki zaradi osebnih okoliščin ni sposobna skrbeti zase (npr. osebe s posebnimi potrebami, hendikepiranost, zaostalost v osebnostnem razvoju, z

¹⁰ Dva pravilnika sta predstavljena v tem podpoglavju. Preostala dva akta, ki v tem prispevku ne bosta predstavljena podrobneje (v njiju ni nič, kar bi bilo povezano z zdravstvom), sta Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode (Uradni list RS, št. 104/09) in Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. 25/10).

¹¹ Zakon posebej spodbuja strokovno osebje v zdravstvu, hkrati pa tudi osebje v vzgojno-varstvenih, vzgojno-izobraževalnih zavodih in socialnih zavodih ter izvajalce vsebin za otroke v športnih in kulturnih združenjih.

¹² Izraz »otrok« je treba razumeti kot osebo, mlajšo od 18 let.

začasno duševno motnjo, huje porušeno psihično ravnovesje ipd.), pri tem pa je država prepoznala z določbo drugega odstavka 6. člena ZPND, da je skupno in tvorno odzivanje (vložitev prijave) na vsakršno obliko nasilja pomembnejše od varovanja poklicne skrivnosti. Z vidika dolžnostnega ravnanja institucij zakon v isti določbi navaja, da so institucije o okoliščinah, za katere izvedo pri svojem delu in na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje, dolžne takoj obvestiti center za socialno delo, razen če žrtev temu izrecno nasprotuje *in* ne gre za sum storitve kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti.¹³

Iz samega ZPND izhajajo še nekatere druge določbe, ki omogočajo ustrezno odzivanje:

- dikcija 4. člena o posebnem varstvu in skrbi za otroke ter posebni skrbi za starejše, invalide in za tiste, ki zaradi osebnih okoliščin niso sposobni skrbeti zase;
- o dolžnosti ravnanja v 5. členu, torej izvesti vse postopke in ukrepe, ki so potrebni za zaščito žrtve glede na stopnjo njene ogroženosti in za zaščito njenih koristi, in ji zagotoviti spoštovanje njene integritete;
- o prednostni obravnavi otrok, žrtev nasilja (5. člen), pred drugimi udeleženiimi;
- o prosti izbiri žrtve, da izbere svojega (morebitnega) spremljevalca (7. člen), pri čemer je treba biti nekoliko pozoren, ali je spremljevalec oz. zaupna oseba zmožna in sposobna izvajati svojo vlogo (9);
- o informiranju žrtev o podpornih storitvah in pravnih sredstvih v njihovem jeziku (9.b člen);

¹³ Več v podpoglavju Kazniva dejanja in kazenski postopek

- o ustanovitvi in obveznem sodelovanju v multidisciplinarnem timu pri centru za socialno delo (14. člen);
- o izdelavi posebnega načrta pomoči žrtvi, s katerim se ji omogoči postopna ureditev njenega osebnega in družbenega življenja, delovanja in ustvarjanja (15. člen).

Krovni predpis je dal tudi ustrezno pravno podlago k sprejetju že omenjenih podzakonskih aktov; na tem mestu sta dva nekoliko podrobneje obravnavana.

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (P-ZDR)

P-ZDR (5) podrobneje določa način in institucije, ki jih obveščamo v primerih nasilja v družini za usklajeno delovanje zdravstvenih delavcev pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.¹⁴ Iz 3. člena tega akta izhaja, da so sestavni del obravnave nasilja v družini tudi psihološka podpora, svetovanje, posredovanje informacij o različnih oblikah pomoči žrtvam nasilja ter postopki obveščanja o nasilju v družini ter da se po določbi 4. člena P-ZDR izvaja poizvedovanje o izpostavljenosti takemu nasilju v okviru zdravstvene obravnave, ko obstaja sum, da je obravnavana oseba žrtev nasilja.

Vsebinsko enako kot ZPND tudi P-ZDR v 5. členu nalaga zdravstvenim delavcem, da v primerih, ko pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini, o tem najpozneje v 24 urah obvestijo pristojni center za socialno delo, razen če žrtev nasilja temu izrecno nasprotuje *in* ne gre za sum storitve kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti¹⁵. Če gre za primere nasilja v družini nad otroki, pa najpozneje v 24 urah o tem obvestijo pristojni center za socialno delo, policijo ali državno tožils-

¹⁴ 1. člen P-ZDR.

¹⁵ Glej podpoglavje Kazniva dejanja in kazenski postopek

tvo. Isti pravilnik še določa, da zdravstveni delavci v nujnih primerih, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok, takoj obvestijo policijo na telefonsko številko 113 ali pristojni center za socialno delo. Če je bilo obveščanje policije, centrov za socialno delo ali državnega tožilstva izvedeno po telefonu, so dolžni zdravstveni delavci najpozneje v treh dneh posredovati pisno obvestilo temu organu, in tudi v vednost izbranemu zdravniku oz. pediatru osebe, ki naj bi bila žrtev nasilja.¹⁶

Iz 14. in 15. člena ZPND izhaja, da se pri pristojnem centru za socialno delo ustanovi in deluje multidisciplinarni tim za obravnavanje nasilja v družini, medtem ko iz samega 6. člena P-ZDR izhaja, da se tudi zdravstveni delavci vključujejo v obravnavo žrtev nasilja in sodelujejo v takem multidisciplinarnem timu. Prav njihova vključitev je posebnega pomena, ker imajo možnost izvesti različne preglede ljudi (npr. žrtev) in pridobljeni novi podatki bodo koristili pri nadaljnjem usklajenem delu strokovne mreže pomoči. Iz P-ZDR namreč izhaja, da zdravstveni delavec ob vsaki obravnavi žrtve nasilja oceni njeno ogroženost in ogroženost morebitnih otrok žrtve nasilja, medtem ko v zdravstveni dokumentaciji čim bolj natančno opiše zdravstveno stanje obravnavane osebe (žrtve) in sum nasilja nad njo, torej okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da gre za nasilje v družini (7. člen).

Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (P-CSD)

Tudi iz tega akta (6) izhaja način medresorskega obveščanja o zaznavi okoliščin ali sumov nasilja v družini in je enak, kot je že predstavljen v P-ZDR, sicer pa opredeljuje postopkovna pravila centrov za socialno delo po prejemu informacij o nasilju v družini in timsko delo strokovnjakov (4. člen P-CSD).

¹⁶ Prav tam.

Center za socialno delo je dolžan po prejemu informacije o nasilju v družini proučiti okoliščine primera ter zbrati vse že znane informacije o družini, ki jih poseduje. Na tej podlagi izdelava oceno ogroženosti žrtve in oceni potrebo po pripravi načrta pomoči zanjo. Če oceni, da je pri tem potrebno sodelovanje drugih institucij, se pri njih oblikuje multidisciplinarni tim, ki ga sestavlja skupina strokovnjakov z namenom zagotoviti celovito pomoč in zaščito posamezni žrtvi (6. člen P-CSD). Center za socialno delo pozove strokovnjake iz različnih institucij k sodelovanju v timu za konkreten primer, ti pa so se na vabilo dolžni odzvati in določiti svojega predstavnika, ki bo član tima. Člani so za svoje delo v timu odgovorni institucijam, ki so jih določile v tim, je pa udeležba v timu za vse vabljenе obvezna (8. člen P-CSD).

Na sejah se o udeležbi, delu, poteku tima sestavi zapis ter mnenje tima in sprejete dogovore. Zapis je uradni dokument, varovan v skladu s predpisi, ki urejajo zbiranje in varstvo osebnih podatkov ter vodenje in hranjenje dokumentacije, se pa zapis posreduje članom tima. Na sejah tima je javnost izključena. Tim zagotavlja usklajeno, enotno in učinkovito delovanje sodelujočih institucij in organizacij. Organi, katerih predstavniki sodelujejo kot člani tima, morajo zagotoviti, da se bodo dogovori, sprejeti na sejah tima, uresničevali (9. člen P-CSD).

Skupaj z žrtvijo se na podlagi sprejetih odločitev aktivno izvajajo vključitve v razpoložljive oblike pomoči (načrt pomoči) (6). Načrt pomoči žrtvi, ki mora biti usklajen z njenimi sposobnostmi in željami, je seznam aktivnosti in ukrepov, ki ga v sodelovanju z žrtvijo oblikujejo člani tima (10. člen P-CSD). Na samo sejo tima, na kateri se sprejme načrt pomoči, se povabi žrtev, v načrtu pomoči pa je treba jasno opredeliti oblike pomoči, način spremljanja, trajanje in cilje obravnave, pa tudi opredelitev nalog in vloge vključenih institucij pri izvedbi načrta pomoči (6). Če je žrtev nasilja otrok, se na sejo tima za izdelavo načrta pomoči povabi roditelj, ki otroka ne ogroža, oz. skrbnik, če je njegova udeležba v otrokovo korist (6).

Vse v timu udeležene institucije kot poklicno skrivnost varujejo podatke o nastanitvi žrtve in njenih otrok ali drugih ukrepih za njihovo zaščito (9. člen P-CSD). Pobudo za oblikovanje tima lahko na center za socialno delo naslovijo tudi vsaka izmed institucij ter nevladne organizacije, ki zaznajo okoliščine, ki kažejo na izvrševanje nasilja v družini.

Posamezni poudarki iz predpisov o družinskih razmerjih in socialnem varstvu

Socialnovarstvene storitve pri posameznikih (otrok, odrasli), družinah in prebivalstvu ter pomoč pri ureditvi družinskih razmerij, kar naj zagotavlja država z varstvom družine, materinstva, očetovstva, otrok in mladine ter naj za to varstvo ustvarja potrebne razmere (10), izvajajo praviloma centri za socialno delo, nekatere naloge pa izvajajo sodišča oz. jih še bodo prevzela sodišča.

Socialnovarstvena dejavnost, ki je urejena z Zakonom o socialnem varstvu (ZSV) (11), obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva (1. člen), medtem ko pravice iz socialnega varstva obsegajo storitve in ukrepe, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav (socialna preventiva) omenjene ciljne skupine prebivalstva (3. člen). ZSV v 10. členu našteva tudi več oblik socialnovarstvenih storitev¹⁷ in jih opredeljuje kot:

- prva socialna pomoč (12): obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca z vsemi možnimi oblikami socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter obveznostmi v povezavi s tem, pa tudi seznanitev upravičenca z mrežo in programi izvajalcev, ki zagotavljajo socialnovarstve-

¹⁷ ZSV mednje prišteva tudi zaposlitev pod posebnimi pogoji in pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih, vendar na tem mestu ni posebej razčlenjena, saj ni povezana z nasiljem v družini.

ne storitve in dajatve (12. člen) (tj. prvi stik posameznika s strokovnim delavcem, ki z usmerjenim pogovorom o njegovi stiski pomaga poiskati njemu pravšnjo obliko pomoči);

- osebna pomoč (12): obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje socialnih zmožnosti (13. člen) (npr. odvisno od posameznika, ali želi spremeniti svoje vedenje ali pa ogroža sebe in druge, se mu pomaga reševati in urediti odnose z drugimi ljudmi v socialnem okolju, lahko pa tudi vodenje, če tega ni zmožen sam zaradi osebnostnih težav, duševne prizadetosti, ko torej ni zmožen skrbeti zase);
- storitev pomoči družini je razdeljena na tri oblike (12):
 - pomoč za dom, ki obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani ter pri skrbi za otroke in usposabljanje družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju.
 - pomoč na domu, ki obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo (npr. zagotavljanje socialne oskrbe na domu);
 - socialni servis, ki obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje (npr. **pomoč pri hišnih in drugih opravilih, a ne spada v javno službo**), vse pod 15. členom;
- institucionalno varstvo: obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se za upravičence nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in

lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo (12). Če gre za varstvo mladoletnih, prikrajšanih za normalno družinsko življenje, se jim zagotavljata še vzgoja in priprava za življenje, medtem ko se mladoletnim z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju zagotavljajo še usposabljanje¹⁸, oskrba in vodenje (16. člen) (tj. oblika obravnave v zavodu, drugi družini ipd., kar udejanja funkcijo dóma ali družine) (13);

- vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji: gre za organizirano celovito skrb za odraslo telesno in duševno prizadeto osebo, razvijanje individualnosti in harmoničnega vključevanja v skupnost in okolje, pri zaposlitvi pod posebnimi pogoji pa obsega take oblike dela, ki omogočajo prizadetim ohranjanje pridobljenih znanj ter razvoj novih sposobnosti (17. člen) (12).

Poleg lastne dejavnosti centrov za socialno delo, da neki posameznik potrebuje ustrezno obliko socialnovarstvenih storitev, tudi na osnovi izpovedi posameznikov, je pomemben segment spet prijava oz. obveščanje teh centrov. V drugem odstavku 91. člena ZSV je posebej poudarjeno, da so vse institucije, zavodi, nevladne in druge organizacije dolžne obvestiti center za socialno delo na svojem območju, ko pri svojem delu ugotovijo ogroženost otroka, mladoletnika ali osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost.

Vsebinsko enako o tem govori tudi Družinski zakonik¹⁹ (DZ) (14), ki pravi, da so vsi organi in organizacije, ki pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati na ogroženost otroka, dolžni takoj obvestiti pristojni center za socialno delo ali sodišče

¹⁸ Usposabljanje ureja npr. Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 58/11).

¹⁹ Ta predpis je začel veljati 15. 4. 2017, večina njegovih določb pa se bo začela uporabljati od 15. 4. 2019, tudi ta določba, ki opredeljuje dolžnost obveščanja centrov za socialno delo in sodišča.

(180. člen). Ista določba posebej spodbuja med drugim tudi strokovne delavce v zdravstvu, da morajo ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti takoj obvestiti center za socialno delo, če pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati na ogroženost otroka (14).

Upravičenec do prve socialne pomoči ter osebne pomoči je vsakdo, ki se znajde v socialni stiski in težavah (14. člen ZSV). Center za socialno delo ima torej osrednjo vlogo pri obveščanju, odkrivanju in odzivanju na primere ogroženih otrok, tudi če ti še niso rojeni, ter prijavljanju hudih ogrožanj organom odkrivanja (policija) in pregona (državna tožilstva).

Pacientove pravice in poklicna skrivnost

Nikakor ne gre spregledati, da tudi Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) (15) posredno opredeljuje delovanje zdravstvenih delavcev med oskrbo otrok in drugih ogroženih skupin prebivalstva, da se jim zagotavljajo še posebne pravice iz drugih predpisov (8. člen), ter vprašanje varstva poklicne skrivnosti (45. člen). ZPacP definira, da je osebe v zdravstvu dolžno kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela izve o pacientu. V ZPacP so posebej poudarjene informacije o njegovem zdravstvenem stanju (npr. diagnoze in terapije bolezni ali poškodb), tudi osebne, družinske in socialne razmere (15). Z vidika ustrezne pomoči, varstva in zaščite žrtve nasilja v družini bo precej informacij, ki jih imajo zdravstvene institucije, relevantnih za izvedbo najrazličnejših aktivnosti centrov za socialno delo, policije (utemeljevanje izrečenih ukrepov prepovedi približevanja povzročiteljev nasilja žrtvam, njihovo pridržanje, izvedba ogledov krajev kaznivih dejanj, dokazovanje teh dejanj) in državnega tožilstva (sprejetje ustreznih odločitev v predkazenskem postopku, npr. zahtevanje uvedbe sodnih preiskav, predlaganje sodišču izrek pripora zoper povzročitelje nasilja, odreditev izvedenskega dela idr.).

Kot kaznivo dejanje je v 142. členu Kazenskega zakonika (16) opredeljeno, da se neupravičena izdaja poklicne skrivnosti sankcionira, vendar pa stroka opozarja, da je varstvo življenja, zdravja, osebnega dostojanstva in osebne varnosti sleherne žrtve višja dobrina od varovanja poklicne skrivnosti. K takšnemu razumevanju napotuje tudi ZPacP, da zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta, če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih ljudi. Isti predpis nalaga zdravniku dolžnost naznaniti sume storitve kaznivih dejanj zoper življenje in telo, zoper spolno nedotakljivost ter zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok (15).

Tudi sama kazenska zakonodaja (16) navaja, da se ne kaznuje tisti, ki je »izdal« skrivnost zaradi splošne koristi, upravičenega interesa javnosti ali zaradi koristi koga drugega, če je ta korist večja kakor ohranitev skrivnosti ali če je bila dana ustrezna odveza²⁰ dolžnosti varovanja skrivnosti.

Kazniva dejanja in kazenski postopek

Procesna pravila o poteku postopkov v predkazenskem (pred podajo obtožnega akta upravičenega tožilca) in kazenskem postopku (po pravnomočnem obtožnem aktu, ko se začne sodni postopek) za kaznivo dejanje ureja Zakon o kazenskem postopku (ZKP) (17), medtem ko posebna pravila o kazenski odgovornosti, elementih kaznivega dejanja in opredelitev znakov kazenskih dejanj ter sankcije zanje opredeljuje KZ-1 (16).

Prijava v kazenskih zadevah se imenuje kazenska ovadba in se vloži pri okrožnem državnem tožilstvu (147. člen ZKP), lahko pa se poda tudi na policiji, kar je s praktičnega vidika precej učinkovitejše. Policija je dolžna seznaniti pristojnega državnega tožilca s kaznivimi dejanji,

²⁰ Drugi odstavek 45. člena ZPacP posebej opredeljuje postopek odveze dolžnosti varovanja informacij o zdravstvenem stanju pacientov.

ki jih obravnava, tudi različnimi aktivnostmi, ki jih izvaja za preiskavo naznanjenega kaznivega dejanja, dolžna pa je tudi upoštevati njegova (obvezna) navodila, s katerimi državni tožilec usmerja predkazenski postopek (2), tj. policijsko preiskovanje kaznivih dejanj, nedvomno pa pride do takojšnje obravnave oz. preiskovanja suma storitve kaznivega dejanja.

ZKP določa, da so vsi državni organi (npr. ministrstva, vladne službe, inšpekcijske službe idr.) in organizacije z javnimi pooblastili (npr. zdravstveni domovi, univerzitetni klinični center, centri za socialno delo, osnovna šola idr.) dolžni naznaniti kazniva dejanja, za katera se storilec preganja po uradni dolžnosti, če so o njih obveščeni ali če kako drugače izvedo zanje (145. člen). Zakon še določa, da morajo hkrati z ovadbo navesti dokaze, za katere vedo, in poskrbeti, da se ohranijo sledovi kaznivega dejanja in predmeti, na katerih ali s katerimi je bilo kaznivo dejanje storjeno, ter druga dokazila (17).²¹

ZKP navaja, da lahko vsakdo naznani kaznivo dejanje, za katero se storilec preganja po uradni dolžnosti, ter da je opustitev kazenske ovadbe tudi inkriminirana (146. člen). O tem iz KZ-1 izhajata dve kaznivi dejanji:

- opustitev ovadbe, da se pripravlja kaznivo dejanje (280. člen KZ-1), ki inkriminira pripravljanje takšnega kaznivega dejanja, za katero je v zakonu predpisana kazen najmanj treh let zapora,²² a ga dotična oseba ni naznanila pravočasno, tako da bi se dalo še preprečiti, in je prišlo do poskusa oz. je bilo prvotno kaznivo dejanje dokončano (16);
- opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca (281. člen KZ-1), ki opredeljuje razpolaganje z informacijami o storilcu kaz-

²¹ Prav tam.

²² Npr. nekatera kazniva dejanja iz KZ-1: trgovina z ljudmi (113. člen), huda telesna poškodba (123. člen), posilstvo (170. člen), spolno nasilje (171. člen), spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let (173. člen), odvzem mladoletne osebe (drugi odstavek 190. člen), nasilje v družini (191. člen), zanemarjanje mladoletne osebe in surovo ravnanje (po drugem odstavku 192. člena).

nivega dejanja, za katerega je z zakonom predpisana kazen najmanj petnajst let zapora,²³ ali pa dotična oseba ve, da je prišlo do takega kaznivega dejanja, a tega ni naznanila, četudi je od take ovadbe odvisno, da se pravočasno odkrijeta storilec ali dejanje. Dodatno posebnost predvideva tudi sankcioniranje uradne osebe, ki zavestno opusti ovadbo kaznivega dejanja, za katero je izvedela pri opravljanju svoje službe, če je za to kaznivo dejanje v zakonu predpisana kazen najmanj treh let zapora, storilec pa se preganja po uradni dolžnosti (16).

V KZ-1 za obe navedeni kaznivi dejanji obstaja še pravna varovalka za primere, če je tisti, ki bi moral vložiti kazensko ovadbo, v bližnjem (družinskem, partnerskem, sorodstvenem) razmerju s storilcem kaznivega dejanja; za opustitev ovadbe ni kaznovan (16).

Poleg instituta varovanja poklicne skrivnosti, ki je bil omenjen v okviru kazenske zakonodaje, sem spada tudi opredelitev pravnega termina *kaznivo dejanje po uradni dolžnosti*. Gre za tista kazniva dejanja, ki se preganjajo v javnem interesu, pregon pa začne in vodi državni tožilec (17), tudi neodvisno od volje osebe, ki je bila s kaznivim dejanjem oškodovana in ki postopka ne more ustaviti. Za sam začetek preiskovanja in pregona kaznivega dejanja po uradni dolžnosti ni potrebna ovadba oškodovane osebe (žrtve), čeprav je to zelo priporočljivo; žrtev namreč najbolje pozna lastne osebne okoliščine in dinamiko nasilja, ki ga doživlja.

Iz zadnje spremembe KZ-1 (18) izhaja, da so vsa kazniva dejanja, ki vsebujejo zakonske znake nasilja *in* ki so izvršena zoper mladoletno osebo, pregonljiva po uradni dolžnosti (15.a člen KZ-1).

²³ Sem spadajo npr. genocid (100. člen), terorizem (108. člen), umor (116. člen) idr.

Iz prakse

Kot je bilo navedeno, je zgoraj predstavljen tipični primer oz. pogostejša situacija, v kateri se lahko znajde tudi zdravstveno osebe. Zato je pomembno govoriti tudi o situacijah, ki jih opisani primer ne opredeljuje, npr. ni informacij o poškodbah, ni bilo izpovedi ali znakov o spolnem nasilju, partnerja nimata otrok, primer nasilja se je zgodil že dalj časa nazaj, ne gre za fizično nasilje, marveč za druge vrste nasilja (zalezovanje, zanemarjanje, psihično, ekonomsko nasilje) ali oblike nasilja (objavljanje intimnih fotografij na internetu, poniževanje v javnosti, siljenje v spolne odnose s tretjimi osebami ali živalmi, kontrola in nadzor nad žrtvijo, zaklepanje žrtve, odvzem stikov z zunanjim svetom, odvzem zdravil ali siljenje v njihovo uživanje, omamljanje, nasilno spreminjanje verskega prepričanja²⁴, kretnje z rokami, ki nakazujejo fizično škodovanje žrtvi²⁵ idr.). Celo pacientka (žrtev) navaja, da je npr. na prejšnji pregled ni bilo, ker je bila tedaj »vsa plava po trebuhu«, ali pa neprepričljivo razlaga okoliščine nastanka neke poškodbe glede na možen vzrok in mehanizem njenega nastanka (npr. trk v stranski rob vrat, poškodba čela je v horizontalnem položaju, siljenje v spolni odnos ima lahko fizične poškodbe ali pa tudi ne), zato je izrednega pomena tudi smiselnost njene izpovedbe.

Na zdravniških pregledih, tudi na ginekoloških in drugih, želi biti povzročitelj nasilja navzoč kot »ljubeči partner«, kar pravzaprav predstavlja obliko nadzora in kontrolo nad žrtvijo, da ne bi izpovedala karkoli »napačnega«, tj. o nasilju nad sabo. Problematična je lahko navzočnost staršev ob otroku, če mu vsiljujejo besede ali pa preprosto odgovarjajo namesto njega, čeprav bi se otrok izpovedal drugače. V

²⁴ Zahteve povzročitelja nasilja, da žrtev obiskuje krščansko cerkev namesto muslimanske džamije ali da mora jesti svinjino, čeprav je ne je.

²⁵ Dva primera: povzročitelj nasilja (1) iz roke s prsti nakaže, da ima v posesti pištolo, in prikaže kot streljanje (palec in kazalec sta iztegnjena, sredinec, prstanec in mezinec pa so v položaju pesti), (2) roko s prsti postavi v položaj »iztegnjena dlan s sklenjenimi prsti«, nato pa s takšno dlanjo palec prisloni na eno stran svojega vratu in potegne, kot da nakazuje »rezanje vratu«.

takih primerih je pomembno, da zdravnik oz. zdravstveno osebje svoje delo opravi brez navzočnosti tretjih (neupravičenih, motečih) oseb, ravnanje tretjih oseb z navedbo njihove vloge pa vpišejo v zdravstveni karton. V zapis spada tudi ravnanje zdravstvenega osebja, npr. da je partnerja ali starše napotilo iz ambulante v čakalnico ter zakaj je ravnalo tako. Če bo zdravstveno osebje obveščalo pristojne institucije, je treba navesti, da je povzročitelj nasilja navzoč v čakalnici zdravstvene institucije.

Nemalokrat je zaznati, da se zdravstveno osebje ne želi »vpletati« v postopke centrov za socialno delo ali policije, še manj pa vstopati v morebitne sodne postopke, zato se pogosto odloči napačno, da nekega nasilnega dejanja ne bo (samo) naznanilo, in zgolj napotuje žrtev, da to stori. Redkeje pokliče samo, vpričo žrtev, niti ne s pojasnili žrtvi, da je to dolžno storiti. Zdravstveni delavci menijo, da bodo izgubili licenco, da bodo prekršili poklicno molčečnost, da bodo zaradi tega v disciplinskih in odškodninskih postopkih, da bodo izgubili zaupanje pacientov ipd. Po drugi strani pa je govora o primerih nasilja za huda kazniva dejanja, za konstantno in dolgotrajno nasilje, ne zgolj za posamezno epizodo, da si žrtev iz strahu ne upa naznani- ti storilca, čeprav si neizmerno želi, da bi se nasilje ustavilo. Mogoče je, da bi ji ustrezalo, da bi prijavo podal kdo drug namesto nje. Zgolj zapis o nasilju, kot ga sicer izpove žrtev pri zdravniku, je le mrtva črka na papirju, če ta informacija ostane v zdravstvenem kartonu žrtve, namesto da bi prišla do pristojnih institucij, ki imajo ustrezna pooblastila in lahko ukrenejo, kar je potrebno, da se nasilje ustavi, da preprečijo nove oblike nasilja in zaščitijo žrtve, pa tudi zberejo relevantna in obstoječa dokazila. Še slabše pa je, da zdravnik obljubi popolno diskretnost oz. molk, nato pa žrtev zgolj napoti, naj si sama uredi varstvo pred nadaljnjim nasiljem ali zlorabo. Žrtvino psihično neravnovesje in nezmožnost, da izpelje tako odločilne korake proti nasilju in ljubljeni osebi, ji to onemogočata. Pogosto se je žrtev naučila najrazličnejših strategij preživetja v nasilnem vsakdanjiku. Dejstvo je, da

se brez strokovne pomoči ali odziva žrtev nasilja vsakič znova vrne v nasilno okolje, kjer je lahko tudi v smrtni nevarnosti.

V takšnih primerih bo zagotovo dobrodošla izmenjava informacij in pojasnil med zdravstvenim osebjem in pacientom (žrtvijo), še zlasti predstavitev za žrtev relevantnih informacij o nadaljnjih postopkih in dolžnostnem ravnanju zdravstvenega osebja, o odgovornosti, o možnostih, ki jih v danem trenutku ima žrtev, ponuditi ji možnost, da se v pričo nje kontaktira pristojna institucija s ciljem ustaviti nasilje nad žrtvijo.

Pri obveščanju ali sestavljanju prijave ni potrebe po navajanju pravne podlage za prijavo, niti zakonske opredelitve nekega dejanja, marveč zapis situacije, kot je bila zaznana. Torej, kdo vse je oškodovan, okoliščine, na osnovi katerih se zaznava, da je žrtev ogrožena ali podvržena nasilju, morda logičen sklep k okoliščinam o nasilju²⁶, morebitne udeležene osebe (npr. žrtev jih je navedla v pogovoru), zapis značilnega izrazoslovja žrtve, četudi to pomeni rabo psovk, tujega jezika in narečne posebnosti. Priporočljivo je te informacije zapisati tudi v zdravstveni karton, saj jih je zapisala verodostojna in strokovna oseba, hramba in dostop do zdravstvenih podatkov pa sta pravno regulirana in krog upravičencev do podatkov je precej omejen (npr. do podatkov ne bo mogel povzročitelj nasilja). Brez dvoma pa bodo v primerih prijave nasilja za nadaljnjo preiskavo in zaščito žrtve pomembna tudi zdravniška ocena ali diagnoza o poškodbah, boleznih žrtve, ki so povezane z dogodki, ki jih doživlja žrtev.

Načeloma naj zdravstveno osebje o nasilju obvešča center za socialno delo (poleg zgornjega tipičnega primera tudi vedenje, ki lahko ogroža nosečnico oz. njen plod). Če je žrtev življenjsko ogrožena, je priporočljivo o tem obvestiti policijo na interventno telefonsko številko 113

²⁶ Ni dovolj le navedba pacientke, da je posiljena, marveč je priporočljivo izvedeti še druge okoliščine, ki kažejo na fizično in spolno nasilje (npr. postaviti ji je treba odprto vprašanje, kaj se je zgodilo in kako).

(19). Vse to spada k aktivnostim zdravstvenega osebja ob zaznavi nasilja in njegovemu nadaljnjemu sodelovanju v primerih nasilja.

Glede na okoliščine primera se lahko za žrtev poskrbi na različne načine. Morda je v danih okoliščinah ustrezen začasni umik žrtve v varno okolje (varna hiša, materinski dom ipd.) ob sodelovanju bodisi centra za socialno delo bodisi nevladnih organizacij, da se prepreči nadaljnje nasilje, različne storitve centrov za socialno delo, možno je tudi spremstvo policije po njene osebne stvari ali stvari za njene otroke, drugo pa so možni ukrepi policije zoper povzročitelja nasilja (npr. prepoved približevanja, odvzem prostosti, sodno odrejeni pripor). Vsekakor je skrb za varnost žrtve primarna naloga vseh institucij, poskrbeti pa morajo tudi za odstranitev povzročitelja nasilja od žrtve.

Zaključek

Področje nasilja v družini in vsa strokovna ravnanja, povezana z varstvom in zaščito žrtev, so kompleksna in terjajo celovito multidisciplinarno obravnavo. Nihče v strokovni mreži pomoči ne (z)more ravnati samostojno in sam, marveč se je treba medsebojno povezovati, z odzivanjem, obveščanjem, povezovanjem, pa tudi skozi prizmo timske obravnave ter sestave načrta pomoči žrtvi. Vsaka izmed institucij lahko doda v mozaik pomoči svoj košček, ki nato lahko sestavlja celovito obliko pomoči žrtvi. Seveda so pomembni tudi multidisciplinarno in medinstitucionalno usposabljanje, izmenjava strokovnih izkušenj, dobrih praks, navsezadnje tudi refleksija, kdaj bi lahko storili še več ali bolje, nove izsledke pa bi uporabili v praksi.

Prijave ali ovadbe naj bodo zapis objektivnih ugotovitev, a največ šteje zavedanje, da prijave, dane v dobri veri, niso bile nikdar inkriminirane ali sankcionirane.

Vprašanja, kot so, kdaj je zdravnik, ginekolog dolžen prijaviti nasilje, ki ga zazna ali mu ga zaupa pacientka (nosečnica), kaj če žrtev ne želi prijave nasilja, kaj če je ogrožen tudi otrok ipd., bodo prav gotovo

sedaj odveč. Na tem mestu je pomembno, da tudi institucija sama, v kateri zdravnik dela, izdela zavezujoče interne protokole in s tem zagotovi svojemu zdravstvenemu osebju tovrstno pravno zaščito.

Vselej je pomembno povezovanje strokovnjakov med seboj, saj se lahko v dvomih posvetujejo in nato ustrezneje ravnajo. To velja tudi na področju celovitega varstva in zaščite sleherne žrtve, ne glede na njene osebne okoliščine in dinamiko nasilja.

Literatura

1. Ent DW, Evers TD, Komduur K. Nasilje nad ženskami – odgovornost policije: za kvalitetnejše delo policije v primerih nasilja nad ženskami. Ljubljana, Ženska svetovalnica, 2001.
2. Veselič Š, Horvat D, Plaz M. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, 2006.
3. Zakon o preprečevanju nasilja v družini, 2008. Uradni list RS, št. 16/2008, 68/2016 in 54/2017 – ZSV-H)
4. Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode, 2009. Uradni list RS, št. 104/2009.
5. Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, 2011. Uradni list RS, št. 38/2011.
6. Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini, 2009. Uradni list RS, št. 31/2009 in 42/2017.
7. Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini, 2010. Uradni list RS, št. 25/2010.
8. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o preprečevanju nasilja v družini, 2016, Uradni list RS, št. 68/2016.
9. Miklič N, Klančnik AT. Vsebina, vloga in pomen spremljevalca žrtve nasilja v družini k inštitucijam v Republiki Sloveniji. In: Varnost. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve R Slovenije. 2012; 60(2): 60–64.
10. Ustava Republike Slovenije, 1991. Uradni list RS, št. 33/1991-I, 42/1997 – UZS68, 66/2000 – UZ80, 24/2003 – UZ3a, 47, 68, 69/2004 – UZ14, 69/2004 – UZ43, 69/2004 – UZ50, 68/2006 – UZ121,140,143, 47/2013 – UZ148, 47/2013 – UZ90,97,99 in 75/2016 – UZ70a.
11. Zakon o socialnem varstvu, 2007. Uradni list RS, št. 3/2007 – uradno prečiščeno besedilo, 23/2007 – popr., 41/2007 – popr., 61/2010 – ZSVarPre, 62/2010 – ZUPJS, 57/2012, 39/2016, 52/2016 – ZPPreb-1, 15/2017 – DZ, 29/2017 in 54/2017.

12. MDDSZ: Socialnovarstvene storitve [Internet]. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije [povzeto 2017 Oct 25]. Dosegljivo na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/.
13. Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, 2011. Uradni list RS, št. 58/2011, 40/2012 – ZUJF, 90/2012 in 41/2017 – ZOPOPP.
14. Družinski zakonik, 2017. Uradni list RS, št. 15/2017.
15. Zakon o pacientovih pravicah, 2008. Uradni list RS, št. 15/2008 in 55/2017.
16. Kazenski zakonik, 2012. Uradni list RS, št. 50/2012 – uradno prečiščeno besedilo, 6/2016 – popr., 54/2015, 38/2016 in 27/2017.
17. Zakon o kazenskem postopku, 2012. Uradni list RS, št. 32/2012 – uradno prečiščeno besedilo, 47/2013, 87/2014, 8/2016 – odl. US, 64/2016 – odl. US in 65/2016 – odl. US.
18. Zakon o spremembah in dopolnitvah Kazenskega zakonika, 2017. Uradni list RS, št. 27/2017.
19. Policija: Nasilje v družini – informacije o postopku na policiji [Internet]. Ljubljana: Policija [povzeto 2017 Oct 25]. Dosegljivo na <https://www.policija.si/index.php/sl/preventiva-/kriminaliteta/67685-nasilje-v-druini-informacije-o-postopku-na-policiji>.

Sodelovanje Centrov za socialno delo in zdravstva pri obravnavi rizičnih skupin nosečnic

Ružica Petrovič, Liljana Dreu

Uvod

V obravnavi strokovnih služb Centrov za socialno delo (CSD) je največ žensk in otrok, v zadnjih nekaj letih pa tudi vse več starejših moških, ki so žrtve družinskega nasilja. V življenjskih zgodbah uporabnikov se velikokrat srečujemo z odvisnostmi od alkohola in prepovedanih drog, s psihičnimi motnjami in nasiljem. Neredko so v njihovem vsakdanu prepleteni vsi trije dejavniki.

Posamezne družine so v obravnavi CSD že tri generacije. Premiki v kakovosti življenja so komajda vidni, kar ni odvisno samo od oblik pomoči. Etnološki koncepti govorijo o tem, da je navezanost vrojena tendenca socialnih bitij in da ima biološke funkcije zagotavljanja varnosti. Da bi se pojavila vedenja navezanosti, niso potrebne zunanje ojačitve. Vedenja navezanosti se pojavijo v najbolj neustreznih razme-

rah. Tendenca razvoja navezanosti naj bi bila močno odporna proti »propadu« (1).

Razlog za intenzivnejše vključevanje CSD v disfunkcionalno družino je velikokrat nosečnost. Ne redko so nosečnice ženske s težavami v duševnem zdravju, odvisnice od alkohola ali nedovoljenih substanc ali so žrtve družinskega nasilja. Pomoč lahko poiščejo same ali pa CSD o tem obvestijo njihovi družinski člani, sorodniki, sosedi, druge službe, ki potrebo po intervenciji v družini ugotovijo med njihovimi obravnavami. Oblike pomoči in načini ukrepanja centrov za socialno delo so odvisni od življenjske situacije vsake družine posebej.

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 splava in kontracepcije, pač pa tudi usmeritev za odgovorno starševstvo, ki ni samo stvar žensk, ampak celotne družbe. Kljub načelni svobodi odločanja o rojstvu otrok so izbire, ki jih ima ženska na razpolago v času nosečnosti in poroda, odvisne od:

- podpore v njenem ožjem socialnem okolju (starši, partner, prijateljske in sosedske mreže, sodelavci – delovno okolje),
- vključenosti v socialne in zdravstvene mreže storitev, ki vplivajo na kakovost oskrbe reproduktivnega zdravja, varen potek nosečnosti in poroda (država in njeni predpisi).

»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« (2).

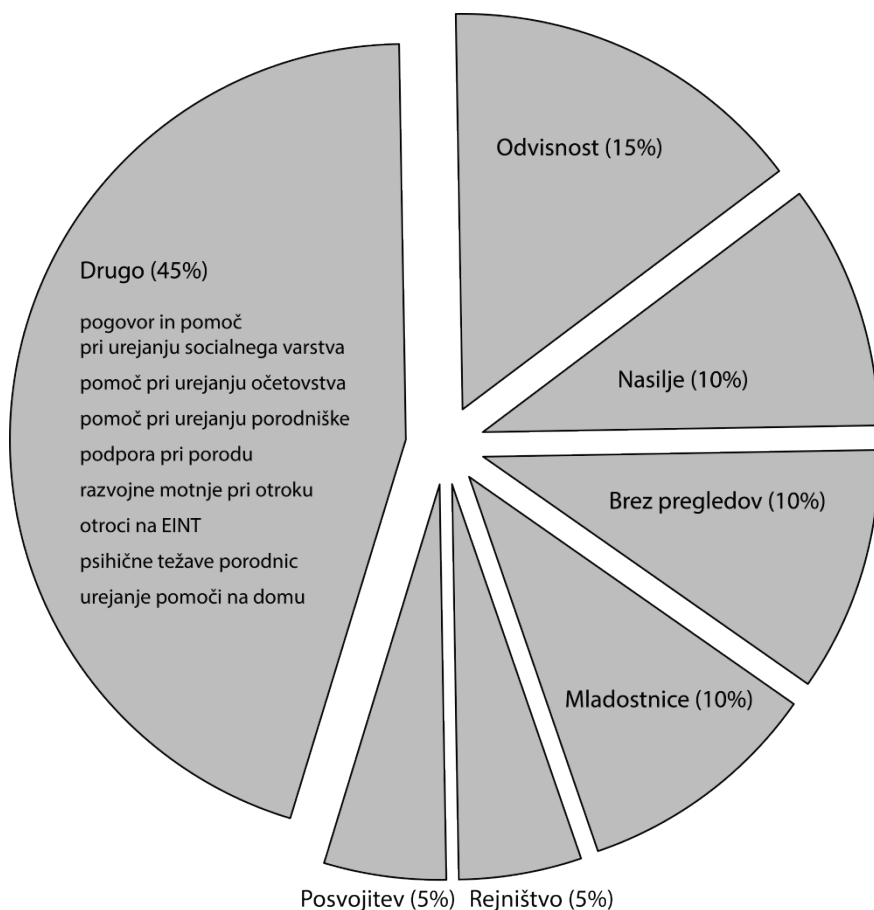
Na Ginekološki kliniki UKCL se socialne delavke vključijo v proces pomoči pri ženskah v najrazličnejših psihosocialnih stiskah in težavah v času nosečnosti in po porodu, običajno na pobudo zdravnika ginekologa ali pediatra ter drugih služb, ki pri svojem delu zaznajo stisko

nosečnice oz. otročnice. Oglasijo se tudi nosečnice same, saj je telefonska številka naše službe v materinski knjižici. Včasih se sodelovanje nadaljuje po obravnavi na komisiji 1. in 2. stopnje za umetne prekinitve nosečnosti, potem ko je bila vložena zahteva za umetno prekinitve neželene in nenačrtovane nosečnosti.

Obravnavna rizičnih nosečnic, povezanih s socialnimi dejavniki tveganja

CSD Maribor je v letu 2015 v druge družine ali institucije namestil 19 otrok. Od tega je bilo 10 otrok starih eno leto in manj. Večina njihovih staršev je odvisnih od alkohola in nedovoljenih drog, živijo v slabih razmerah, vzdržujejo se s pomočjo socialnih transferjev. Matere, ki so tudi v nosečnosti jemale nedovoljene substance, so se praviloma izogibale zdravniškemu pregledom in so se v specializiranih ambulantah oglašale šele v visoki nosečnosti ali so šle kar v porodnišnico, brez predhodno opravljenih pregledov. Razlogi za namestitev otrok v drugo družino so bili pogosto nasilje v družini, odsotnost staršev zaradi prestajanja zaporne kazni (trgovanje z nedovoljenimi substancami, goljufija ipd.), težave z duševnim zdravjem. V socialni mreži staršev ni bilo oseb, ki bi zmogle odgovorno prevzeti skrb za novorojenčka.

Razlogi za vključitev svetovalno-socialne službe pri obravnavi pacientk, hospitaliziranih na Ginekološki kliniki v porodnišnici v Ljubljani med letoma 2012 in 2015, so podobni razlogom za vključitev v obravnavo socialnih služb.



Slika 1: Prikaz razlogov za socialno obravnavo na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC v Ljubljani v časovnem obdobju od 2012 do 2015

Kot najbolj ranljive skupine nosečnic in mater po porodu prepoznavamo ženske brez ginekoloških pregledov v nosečnosti, brez urejenega zdravstvenega varstva, ženske, ki zlorablajo različne dovoljene in nedovoljene psihoaktivne substance, ženske, ki doživljajo nasilje, ženske, ki imajo težave z duševnim zdravjem, migrantke in mladostnice.

Večkrat imajo manj ugodne socialnoekonomske razmere, nekatere še niso končale izobraževanja ali imajo nižjo stopnjo izobrazbe, so brez zaposlitve, z neurejenimi stanovanjskimi razmerami in v nestabilni

partnerski zvezi, samske in odvisne od družine, države in dobrodelnih organizacij. Vse to kaže, da so njihove potrebe bolj kompleksne.

Primer 1: Težave z duševnim zdravjem in nosečnost

Nosečnica, stara 23 let, je živela z bratoma in očetom. Zaradi zmanjšanih sposobnosti je bila ob polnoletnosti ocenjena kot trajno invalidna oseba. Njene intelektualne sposobnosti so bile bistveno znižane. Končala je osnovno šolo za otroke s posebnimi potrebami. Zelo zgodaj je ostala brez matere. Po končani osnovni šoli je skrbela za gospodinjstvo, v katerem sta živela še brata in oče. V CSD je bila v zadnjih nekaj letih obravnavana zaradi suma nasilja v družini, ki pa ga ni bilo mogoče dokazati. Gospa je takšne trditve v celoti zavrnila. Na njeno nosečnost je opozorila soseda, ki ji je občasno pomagala in je bila njena zaupna oseba. CSD je s pomočjo patronažne sestre, s katero je strokovna delavka CSD obiskala družino, gospo pripravil do tega, da je odšla na pregled h ginekologu. Ko v okolju ni sorodniške podporne mreže, strokovna delavka nosečnico pripravi na pregled in jo tja, ko oceni, da je to potrebno, spremlja. Tako je bilo tudi v tem primeru. Gospa je bila že v četrtem mesecu nosečnosti. Otroka je želela obdržati. O otrokovem očetu ni želela govoriti. Družino sta redno spremljali prostovoljka in strokovna delavka. Stanovanjske razmere so bile zelo slabe. Gospe je bila ponujena namestitev v materinskem domu, kar je odklonila. Strokovna delavka se je sprti dogovarjala z ginekologinjo o terminih za spremljanje nosečnosti in redno zagotavljala, da je gospa prihajala na preglede. Nosečnost je potekala brez zapletov. Po pregledu pri njenem psihiatru je ta ocenil, da pacientka brez močne podpore svoje socialne mreže nege otroka ne bo zmogla. Nekaj dni pred samim porodom je gospa podala izjavo, da bo otroka dala v posvojitev. Ob tem je CSD še enkrat opravil razgovor z družino in ji ponudil namestitev v drugo okolje. Gospa je vztrajala, da po rojstvu otroka ne želi videti. Želela je ostati v svojem okolju. Njena edina želja je bila, da se ji kaj pove o posvojiteljski družini.

CSD je o nosečnosti seznanil socialno službo UKC Maribor in zaprosil za informacijo o dnevu poroda. Prav tako je bilo dogovorjeno, da se o celotni situaciji obvesti osebje v porodnišnici. Ves čas je bila v te pogovore vključena ginekologinja, ki je nosečnost spremljala. Z nosečnico je imela zelo dober odnos.

V idealnih razmerah bi zadeva potekala tako, da bi se bolnišnična socialna služba držala dogovora in bi isti ali naslednji dan po rojstvu otroka obvestila CSD. Strokovna delavka, ki je med obravnavo pridobila materino zaupanje, bi se takoj odzvala, poskrbela za varnost otroka in materi zagotovila psihosocialno pomoč ob vrnitvi domov.

Žal je CSD za rojstvo otroka izvedel iz rubrike dnevnega časopisa o rojstvu otrok. Ob obisku strokovne delavke v porodnišnici ji je mati povedala, da preklicuje svojo izjavo in da se s CSD ne želi več pogovarjati. Otroka je v prisotnosti zdravstvenega osebja redno dojila. Ob obisku je bila prisotna zdravnica, ki je na zelo neprimeren način vpričo uporabnice povedala, da se svoje krvi ne da kar tako od sebe. Nihče iz bolnišnične socialne službe se v zadevo kljub povabilom ni vključil.

Epilog: Po osmih mesecih učenja skrbi za otroka in vključevanja prostovoljcev, strokovnih delavcev, pediatrinje in patronaže sestre so bili vsi skupaj mnenja, da mati skrbi za otroka ne zmore in za to nima nobenih kapacitet. O njenih sposobnostih je mnenje podal tudi sodni izvedenec, ki je potrdil stališča drugih strokovnih služb. Mati je v svoji nemoči otroka vse bolj odklanjala. V družini ni bilo podpornih članov, ki bi ji pomagali, iz družine pa ni želela. Ob odvzemu je bil otrok podhranjen in zanemarjen. Ugotovljeno je bilo, da je nega dobro potekala prve tri mesece, ko je bila pomoč materi zagotovljena vsakodnevno. Po delnem umiku strokovnih služb iz družine je za otroka bivanje v le-tej postajalo vse bolj ogrožajoče. Otrok je bil v starosti osmih mesecev nameščen v rejniško družino ter pri letu in pol posvojen. Mati je bila brez potrebe izpostavljena različnim postopkom, ki

so ji nalagali še večji občutek krivde. Po odvzemu otroka je bila za dalj časa hospitalizirana na psihiatriji.

Primer 2: Posledice odvisnosti od alkohola in nedovoljenih substanc v nosečnosti

Družina je bila zaradi alkohola in nasilja že dlje časa v obravnavi CSD. Nekaj otrok je odraščalo v rejniških družinah. Ena od starejših hčera je bila v tretjem mesecu nosečnosti. Stara je bila 30 let. Njen otrok iz prve zveze je bil v rejništvu. Že ob rojstvu je bil pri njem ugotovljen alkoholni sindrom.

Nosečnica je živela z očetom, bratoma in sestro. Pogosto je menjavala partnerje, zadnji trije so imeli težave z drogami. Življenjske razmere v družini so bile zelo skromne. Oče je delal priložnostno. Partner, ki je živel drugje, je prihajal le občasno. Bil je razpečevalec drog in nasilnež ter je v svet mamil potegnil tudi njo.

O nosečnosti je CSD najprej obvestil njen oče, potem pa tudi metadonska ambulanta. Sklican je bil sestanek strokovnega tima, ki so se ga udeležile strokovne delavke CSD in strokovna delavka metadonske ambulante. Po strokovnem posvetu prisotnih se je v drugem delu sestanka pridružila tudi uporabnica. Povedala je, da je v tretjem mesecu nosečnosti, da se bosta s partnerjem poročila, da bo partner v kratkem dobil službo, da do sedaj ni šla ginekologu, ker se dobro počuti, in da pomoči CSD ne potrebuje. Trdila je, da drog ne jemlje. Zaradi preteklih izkušenj je izrazila strah, da ji bo otrok po porodu odvzet.

Na sestanku strokovnega tima jo je strokovna delavka metadonske ambulante seznanila s tem, da je bila na zadnjem testu pred nekaj dnevi pozitivna, da se ne udeležuje terapevtske skupine, da se kljub njenemu dogovoru in urejenemu terminu ni oglasila pri ginekologu, da se je zanemarila in da je njen način življenja za nosečnost zelo tvegan. Na koncu srečanja je bil skupaj z uporabnico narejen načrt pomoči, ki je vseboval urejanje osebnih pravic, obisk ginekološke

ambulante, redno udejstvovanje v skupinah v sklopu metadonske ambulante, vključitev v partnersko svetovanje v CSD. Izvajanje načrta je bilo zelo zahtevno. Gospa se je izmikala sodelovanju s strokovnimi službami. Večkrat je bilo treba oditi na dom. Nekajkrat jo je »mimo-grede« obiskala patronažna sestra. Da bi zagotovili redne ginekološke preglede, je bilo treba angažirati njenega očeta, ki je poskrbel, da se je le-teh udeležila. Strokovne službe so si med seboj redno izmenjevale informacije po telefonu in elektronski pošti. Pred pričakovanim porodom je ginekologinja o celotni situaciji in možnih tveganjih obvestila porodnišnico. Prosila je, da se o rojstvu otroka nemudoma obvesti CSD. Partner je ves čas, razen na področju socialnih transferjev, zavračal sodelovanje. Verbalno je bil ponosni bodoči oče. Čeprav je dobil možnost, da izrečeno zaporno kazen odsluži z družbenokoristnim delom in si na ta način zagotovi bivanje doma, tega ni naredil. V pripravo okolja za sprejem dojenčka so se vključili najbližji sorodniki matere.

O rojstvu otroka je porodnišnica CSD obvestila takoj naslednji dan. Dogovorjeno je bilo, da strokovni delavki obiščeta mater čez dva dni. Ob obisku je osebje oddelka poročalo, da je bil otrok rojen z abstinencijskim sindromom in da je na intenzivni negi. Občasno so ga pripeljali k materi, ki za otroka ni kazala večjega interesa. Med obiski prijateljev je otroka puščala samega v sobi in odhajala kadit. Zato so se odločili, da mati otroka lahko obiskuje samo na intenzivnem oddelku. Zdravnica je povedala, da se je s starši pogovorila o otrokovem zdravstvenem stanju. Oba sta zanimala uživanje opojnih substanc med nosečnostjo. Oče je krivdo za stanje otroka valil na osebje porodnišnice. Pri komunikaciji je bil agresiven in aroganten.

Četrty dan po porodu so iz bolnišnice poklicali CSD in sporočili, da je mati dan pred tem imela izhod in se ni vrnila.

Po intenzivnem delu s starši in materino družino je bil otrok po mesecu dni odpuščen v domače okolje. S pomočjo socialnih transferjev in donacij je bilo poskrbljeno za vse, kar otrok potrebuje. Poročila pat-

ronažne službe o razvoju in negi otroka so bila prve tri mesece zelo dobra. Ob obisku strokovnih delavk CSD je bil poleg matere vedno kakšen družinski član, ki ji je pomagal. Opravljeni so bili zdravniški pregledi in bilo je ugotovljeno, da se otrok dobro razvija. Mati je bila na rednih testih za nedovoljene droge negativna. Strokovne službe so se počasi umikale iz družine, njihovi obiski niso bili več tedenski, ampak mesečni. V družino je za nekaj ur tedensko hodila prostovoljka. Že v petem mesecu starosti otroka pa je bilo opaziti, da je otrok higiensko zanemarjen. Ponovno je bil opravljen razgovor z vsemi družinskimi člani.

Epilog: V sedmem mesecu starosti otroka je CSD poklical njegov stari oče in povedal, da hčerke ni že ves teden in da se na telefon ne javi. Slišal je, da živi pri novem partnerju, ki je odvisnik od nedovoljenih drog. Ni vedel, kje je otrokov oče. Predvideval je, da je v zaporu. Rekel je, da ga pri otroku ni bilo že tri tedne. Ker sam za vnuka ne zmore poskrbeti, prosi, da fantka prevzame CSD.

Primer 3: Nasilje v družini

V CSD se je oglasila dvaintridesetletna ženska, ki je bila v četrtem mesecu nosečnosti. Po rokah in obrazu je imela vidne podplutbe. Spremljala jo je prijateljica, ki je povedala, da je gospo ponoči pretepel partner, ki je prišel pozno domov v alkoholiziranem stanju. Gospa se ni upala poklicati policije, ker ji je mož zagrozil, da ji to ne bo nič pomagalo, ker ima on dovolj prijateljev, ki mu bodo vedno v pomoč. Prav tako si ni upala na urgenco, ker je tam delal njegov sorodnik. Družina je bila premožna in na zunaj zelo urejena. Gospa je bila zaradi rizične nosečnosti v bolniškem staležu. Čeprav si mož otroka ni želel, se je odločila, da bo otroka obdržala, in tako je postala njena nenačrtovana nosečnost začetek hudih nesoglasij.

Po razgovoru z gospo je strokovna delavka CSD najprej poklicala njeno ginekologinjo in s privolitvijo nosečnice tudi policijo. Obstajal je strah, da je zaradi fizičnega nasilja lahko prišlo do notranjih poškodb.

Dogovorili so se, da kriminalistki prideta v ambulanto, se z gospo pogovorita in fotografirata vidne sledi nasilja. Po tem je bila gospa nameščena v krizni center za ženske in otroke, žrtve nasilja (v nadaljevanju KCŽ). Takoj naslednji dan je bil sklican posvetovalni multidisciplinarni krizni tim (v nadaljevanju MDT), ki so ga sestavljali: strokovni delavki CSD, strokovna delavka KCŽ, ginekologinja, kriminalistki, uporabnica. Strokovne službe so predstavile svoje nadaljnje korake, uskladile delo, razdelile naloge in se dogovorile o načinu sodelovanja za naprej. Tim je vodila in koordinirala strokovna delavka CSD.

Gospa je prihajala od drugod, zaradi česar sorodniške mreže ni imela v bližini. Prvih nekaj dni je bila deležna strokovne podpore in pomoči z namenom umirjanja in tudi načrtovanja naslednjih korakov. Odločila se je, da se bo do rojstva otroka umaknila v eno od varnih hiš za ženske in otroke, žrtve nasilja, zunaj Maribora. Bala se je mreže njegovih prijateljev, s katero ji je grozil.

Ginekologinja je obvestila CSD, da se je mož že drugi dan oglasil v ginekološki ambulanti in se pozanimal, ali je bila gospa na pregledu. Povedal je, da sta se sprla in da je gospa odšla. V nosečnosti naj bi bila zelo nervozna. Iskal jo je tudi na bolnišničnem ginekološkem oddelku UKC Maribor. Ko je bil povabljen na razgovor v CSD Maribor, je nasilje zanikal, povedal je, da je soproga labilna in da je to razlog, zakaj si ni želel otrok. Kot dokaz je ponudil to, da niti v nosečnosti ne zna skrbeti za sebe. Modrice, ki jih je imela, naj bi bile posledice padca, zdaj pa to izkorišča proti njemu. Sam skrbi za otroka zaradi veliko službenih odsotnosti ne zmore. V poznejših postopkih so bile vse njegove trditve zavržene.

Čeprav je bila možu izrečena prepoved približevanja v času enega leta, se ga je gospa zelo bala. CSD je sledil njeni želji in jo je namestil v varno hišo na drugem koncu Slovenije, kjer se je vključila v redno zdravstveno oskrbo. Med nosečnostjo se je razvezala.

Nosečnica je bila ves čas deležna pomoči socialne službe, strokovnjakinj v zavetišču in obeh ginekologinj, ki sta bili vključeni v spremljanje

nosečnosti. Oče otroka je z različnimi zvijačami poskusil izvedeti za njeno bivališče, a mu zaradi dobrega sodelovanja vključenih služb to ni uspelo. Ključno vlogo pri urejanju njenega statusa je odigrala odvetnica, ki ji je bila dodeljena v skladu z veljavno zakonodajo. Ob takšni strokovni podpori se je gospa počutila varno in se je zmoгла jasno odločiti, kje in kako bo živela naprej.

Epilog: Pred samim porodom se je odločila oditi v tujino k sorodnikom, kjer je tudi rodila, in si tam urediti življenje z otrokom.

Primer 4: Spremljanje zelo tvegane nosečnosti zaradi kronične bolezni nosečnice z zelo neugodnimi psihosocialnimi karakteristikami

Gospa je bila hospitalizirana že v 12. tednu prve nosečnosti zaradi spremljanja zelo tvegane nosečnosti. Stara je bila 27 let, imela je nedokončano srednjo šolo, nikoli ni bila redno zaposlena. Slabo leto prej je bila zaradi posledic kronične bolezni iz otroštva invalidsko upokojena. Živela je z mlajšo sestro in očetom, mama je bila pokojna. S partnerjem sta bila par manj kot leto dni in še nista živela skupaj.

Svetovalno-socialna služba je bila vključena v obravnavo zaradi nasilja s strani partnerja. V soglasju z gospo je bila iz svetovalno-socialne službe podana pisna prijava o nasilju na pristojni CSD in njeni izbrani zdravnici. Gospa je dobila informacije in kontakte kriznega centra, materinskega doma in varne hiše, kamor bi se lahko zatekla že ob odhodu iz porodnišnice. Doma se ni počutila več varno.

Njeno zdravstveno stanje se je kmalu toliko stabiliziralo, da je lahko zapustila oddelek za patološko nosečnost. Odločila se je, da bo vseeno šla domov. Strokovna delavka iz porodnišnice je vzpostavila stik s strokovno delavko CSD. Gospa se je takoj po odpustu oglasila na pristojnem CSD, kjer so ji bile ponovno predstavljene vse možne oblike pomoči.

Čez manj kot tri mesece je bila gospa zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ponovno sprejeta v porodnišnico. Pred ponovno hospitalizacijo je en mesec živela pri partnerju, kjer je med njima spet prišlo do konflikta, posredovala je tudi policija. Njeno zdravstveno stanje se je tako poslabšalo, da so morali nosečnost predčasno prekiniti. Otrok je imel ob rojstvu manj kot 700 gramov in je bil takoj premeščen na enoto za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov.

Gospa je takoj, ko se je njeno zdravstveno stanje stabiliziralo, zapustila porodnišnico, saj ni prenašala bolnišničnega okolja. Otroka je obiskovala precej neredno. S partnerjem sta imela v tem času konflikt glede otrokovega imena in tudi urejanja očetovstva. Ponovno sta poskusila živeti krajši čas skupaj kot podnajemnika, toda tudi to se ni obneslo. Tako je ostala nekaj časa sama v podnajemniškem stanovanju, kar je bilo zanjo preveliko finančno breme.

Svetovalno-socialna služba je bila ponovno aktivirana s strani pediatrov zaradi pomanjkljivega vključevanja in zanimanja za otroka s strani staršev. V porodnišnici je bil večkrat sestanek skupaj s pristojnim CSD, zdravstvenimi delavci in otrokovo materjo, da bi naredili dober in varen načrt za pomoč materi pri oskrbi nedonošenčka po odpustu iz porodnišnice. Vse oblike pomoči je gospa odklanjala, bila je nekritična do svojih ravnanj, nameravala je biti sama z otrokom v podnajemniškem stanovanju. Na partnerja se ni mogla zanesti, saj je ugotovila, da ima občasno težave z drogami. Druge dovolj dobre podporne mreže ni bilo na voljo. Gospa je v začetku nosečnosti zaupala psihologinji, da je tudi sama kot otrok doživljala nasilje s strani očeta, kar je pozneje zanikala.

Zdravstveno osebje v porodnišnici je ves čas izražalo dvome o materinih starševskih zmožnostih in celo opozarjalo svetovalno-socialno službo, da bi bilo za otroka bolje poskrbljeno v drugi družini, saj bo otrok po odpustu iz porodnišnice potreboval multidisciplinarno obravnavo pri različnih specialistih, v domačo oskrbo pa bo odpuščen s kisikom.

Po skoraj petih mesecih zdravljenja novorojenčka je bila mati teden dni pred otrokovim odpustom ponovno sprejeta v porodnišnico, da bi bila skupaj z otrokom in da bi se naučila prevzeti celotno skrb zanj. To obdobje je uspešno prestala in osvojila vse potrebne veščine za zadovoljevanje otrokovih osnovnih potreb. Skupaj z otrokom sta bila odpuščena v domače okolje, k očetu in sestri. O odpustu sta bila s strani socialne službe podrobno informirana pristojni CSD in patronažna služba.

Epilog: *Po manj kot štirih mesecih po odpustu iz porodnišnice je šel otrok s soglasjem staršev v rejniško družino. Otrok ni napredoval, ni bil spremljan v ustreznih službah. Materino zdravstveno stanje se je resno poslabšalo.*

Primer 5: Uživanje nedovoljenih psihoaktivnih substanc v času nosečnosti

Večkrat se zgodi, da se svetovalno-socialna služba vključi v obravnavo šele po porodu. Tako je strokovna delavka prejela klic iz porodnega bloka, ker je imela pacientka pri sebi drogo in ves pribor za injiciranje. Nosečnica je morala na urgentni carski rez, partner jo je pospremil v porodno sobo, kjer so mu izročili stvari, ki jih je porodnica imela s sabo v vrečki. Strokovna delavka je najprej opravila razgovor s partnerjem, ki je bil vidno pretresen, saj je mislil, da gospa nima več težav z odvisnostjo. Povedal je, da je bila pred več kot desetimi leti na zdravljenju v komuni v tujini. Skupaj sta bila skoraj devet let. Gospa je imela iz prejšnjega razmerja devetletno hčerko, ki je živela z njima. Stara je bila 35 let, brez zaposlitve. Prvič je ginekologa obiskala v 26. tednu nosečnosti. Rodila je v 34. tednu. Otrok je imel ob rojstvu dobrih 2000 gramov. Že nekaj ur po porodu se je pri otroku razvil abstinenčni sindrom. V urinu novorojenčka, odvzetem takoj po začetku abstinenčnih znakov in pred začetkom terapije, so bili dokazani opiodi. Po nekaj dneh zdravljenja je abstinenca pri otroku izzvenela in je bil premeščen k materi.

Po porodu se gospa ni bila pripravljena pogovarjati. Strokovna delavka jo je obiskala naslednji dan. Priznala ji je, da je že vsaj pet mesecev uživala heroin in metadon, ki ju je kupovala na črnem trgu. Po porodu se je drugi dan tudi pri njej pojavila kriza. Šla je na pregled na Klinični oddelek za zdravljenje odvisnosti, kjer so ji predpisali metadon in ji predlagali, naj se vključi v metadonsko ambulanto v domačem okolju. Do tega zdravljenja je bila precej zadržana, saj je bila mnenja, da to ni potrebno.

Svetovalno-socialna služba se je povezala s pristojnim CSD. Gospa se je vključila v lokalno metadonsko ambulanto, CSD je spremljal zdravljenje tudi z urinskimi testi. Gospa je bila z naše strani informirana o možnosti zdravljenja skupaj z novorojenčkom v Terapevtski skupnosti za zasvojene starše in njihove otroke v Sopotnici, za kar pa se ni odločila. Po 14 dneh sta bila skupaj z novorojenčkom odpuščena domov. Starejša hči je šla k očetu. Poleg partnerja je imela gospa pomoč partnerjeve matere. Ob odpustu je bila seznanjena s situacijo tudi patronažna sestra.

Epilog: Skrb za starejšo hčer je v celoti prevzel njen oče, gospa pa je samovoljno opustila metadonsko zdravljenje. Družino je intenzivno spremljal CSD.

Zaključek

Opisani primeri so prikaz tipičnih načinov različnih možnosti reševanja stisk nosečnic, ki so izpostavljene negativnim socialnim vplivom. Temeljna naloga strokovnih služb je zaščititi varnost nosečnic in v prvi vrsti zagotoviti varnost otroka. Pomoč materi pomeni istočasno pomoč otroku. Materi z vsemi razpoložljivimi viri pomoči omogočimo, da prevzame skrb za svojega otroka, vendar je treba spoštovati tudi drugačne odločitve (če se odloči, da bo dala otroka v posvojitev). Pomembno je tudi pravočasno ugotoviti, ali mati nima kapacitet za starševstvo, in omogočiti otroku primerno družinsko okolje.

Da bi to lahko zagotovili, je nujno sodelovanje različnih služb, ki se v tem obdobju srečujejo s celotno družino. Delovanje multidisciplinarnih in medinstitucionalnih strokovnih timov zagotavlja celovito pomoč vsem vključenim. Iz navedenih primerov je jasno viden pomen občutka varnosti za nosečnice, ki le-tega v svojem življenjskem okolju nimajo. Njihove socialne mreže so šibke in jih je treba krepiti. Vsekakor je prednostna naloga vseh služb zaščita otrokovih koristi.

V primeru nasilja v družini je delovanje multidisciplinarnih timov predpisano z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini (3). Vsekakor je za strokovnjake različnih služb, ki se vključujejo v reševanje takšnih zahtevnih primerov, pomembno zagotoviti permanentno izobraževanje na področju timskega sodelovanja in tudi na področju psihosocialnih posledic neustreznih oblik pomoči ljudem v stiski.

Literatura

1. Rutter, M. 1993. Cause and course of psychopathology: Some lessons from longitudinal data, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 7, 105-120.
2. Ličer Z. Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo. Tematska številka: *Socialno delo v zdravstvu*. 2012; 51,1-3: 55-64.
3. Zakon o preprečevanju nasilja v družini, *Uradni list RS*, št. 16/08 in št. 68/16.

Priporočila za izvajanje presejalnih testov – projekt PODN

Megie Krajnc, Marijana Vidmar Šimic, Tanja Premru-Sršen, Vislava
Globevnik Velikonja

Uvod

Presejalni program projekta PODN (Prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja v obporodnem obdobju) je prvi korak, ki pripomore k prepoznavi ogroženih žensk v perinatalnem obdobju in ukrepom za izboljšanje kakovosti življenja vseh vpletenih. Z ustreznimi ukrepi se lahko izboljšajo potek nosečnosti, poznejši razvoj otroka in odnosi v družini, saj vemo, da depresija, anksioznost, nasilje, zloraba alkohola, nikotina in drugih prepovedanih drog negativno vplivajo nanje.

Chisholm, Bullock in Ferguson [1] poročajo, da so v osmih študijah, v katerih so bile v presejanje za odkrivanje nasilja s strani intimnega partnerja vključene noseče in nenoseče ženske, ugotovili, da presejalni testi povečajo možnost prepoznave žrtve. Neslon, Nygren,

McInervey in Kein [2] pa na podlagi pomanjkanja »dokazov« učinkovitosti presejalnih testov in pomanjkanja »dokazov«, da presejalni testi dejansko izboljšujejo klinično stanje, poudarijo, da je treba izvajati presejanje samo pri rizičnih skupinah in ne nujno pri vseh. Nedavne raziskave zagovarjajo, da presejanje ne povzroča škode in da ima lahko pozitiven učinek na opolnomočenje žensk, izboljšanje njihovega odnosa do zdravstvenih delavcev in povečanje zaupanja vanje [1]. Kljub različnim mnenjem se je pomembno zavedati, da zgodnje odkrivanje in primerno ukrepanje ter vodenje žensk s tovrstnimi težavami zmanjšujejo negativne posledice za žensko, otroka in celotno družino [3].

Priporočila za izvajanje presejalnih testov

Pri kateremkoli presejalnem programu je za njegovo izvajanje pomembna dobra strokovna usposobljenost ljudi, ki bodo presejanje izvajali, občutek kompetentnosti tako za izvajanje kot za poznejše ukrepe, ustrezni presejalni testi ter redno izvajanje. Pri presejalnih testih, ki jih bomo kot zdravstveni delavci izvajali na področju depresije in anksioznosti, nasilja in zlorabe alkohola, nikotina in prepovedanih drog, je pomembno, da v presejanje vključimo vse ženske, saj se ob nerednem izvajanju ali osredotočanju zgolj na rizične skupine pogosto zgodi, da spregledamo posameznice s takimi težavami. S tem zmanjšamo ali izgubimo priložnost za prepoznavo, nadaljnje ukrepe in spremljanje ženske.

Pri izvajanju presejanja ni pomembna samo prepoznavo, ampak so pomembni tudi nadaljnji ukrepi, med katerimi je v prvi vrsti opolnomočenje žensk za sprejemanje nadaljnjih odločitev. Opolnomočenje vključuje izobraževanje o njihovem stanju, o možnostih, ki jih imajo, in usmerjanje k usposobljenim strokovnjakom [1] ter nudenje podpore in pomoči tudi v prihodnje. S presejalnimi testi ne postavljamo diagnoz, ampak nam ti testi pomagajo odkriti ženske s tveganjem za prisotnost ali razvoj določenih težav [3].

V družbi so pogosta prepričanja, da ženske ne želijo biti vprašane o omenjeni problematiki. Vendar ženske presejalne teste dobro sprejemajo in jih ne vznemirjajo ali povzročajo neugodja [4]. Pomembno je jasno predstaviti namen presejanja. S strani zdravstvenega osebja je priporočljivo aktivno poslušanje, občutljivost in neobsojanje njihovih čustev, neizvajanje pritiska na sprejemanje odločitev ter zagotovitev podpore v naprej, kar so kot pomembno navedle tudi ženske same [1].

Izvajanje presejalnih testov

Pogovor z ženskami glede občutljivih tem je velikokrat izziv tudi za zdravstvene delavce. Pri ženski se že na začetku lahko pojavijo vprašanja ali dileme, zakaj je treba izpolniti presejalne teste. Zato je pomembno, da jim natančno razložimo namen (*»Prosill/-a bi vas, da si vzamete nekaj minut časa in izpolnite vprašalnik o počutju v nosečnosti/po porodu, saj je pomembno, da vidimo, kako se spopadate s čustvenimi spremembami, ki so lahko prisotne v tem obdobju [5].«*

Pri izvajanju vseh presejalnih testov je pomembno, da:

- natančno razložimo namen presejanja ter pridobimo pisno soglasje ženske za sodelovanje v presejalnem programu in uporabo podatkov v raziskovalne namene. Pri ženskah, ki ne želijo sodelovati, njihovo željo zabeležimo in jih k sodelovanju povabimo ob naslednjem pregledu.
- natančno razložimo izpolnjevanje presejalnih testov in jih spodbudimo, da odgovorijo na vsa vprašanja.
- zapišemo rezultate, jih ustrezno obdelamo, interpretiramo in shranimo.
- ženskam omogočimo, da presejalni test rešijo same, brez naše ali tuje pomoči, v mirnem, varnem in prijetnem okolju, ki omogoča zasebnost.

Pomembno je, da ženski razložimo ugotovitve testov in ji predstavimo nadaljnje možnosti. Ob pogovoru uporabljamo jasno komunikacijo in postavljamo neposredna vprašanja. Ne zmanjšujemo pomena navedene težave, tudi če to počne ženska sama. Zapišemo svoje ugotovitve o stanju, tudi če še ni pripravljena za nadaljnje ukrepanje (na primer: prijava nasilja, medikamentozno zdravljenje). Ob naslednjih obiskih se znova dotaknemo teme in poskušamo žensko opolnomočiti za spremembe. Pomembno je, da ženskam ponudimo empatičen, neobsojajoč odnos. Če na začetku zavrnejo pomoč, jim damo vedeti, da imajo možnost naše nadaljnje pomoči in podpore. Pomembno je, da vedo, da jih ne bomo obsojali ne zaradi stanja ne zaradi njihovih odločitev [6].

Priporočila glede izvajanja presejanja po posameznih področjih

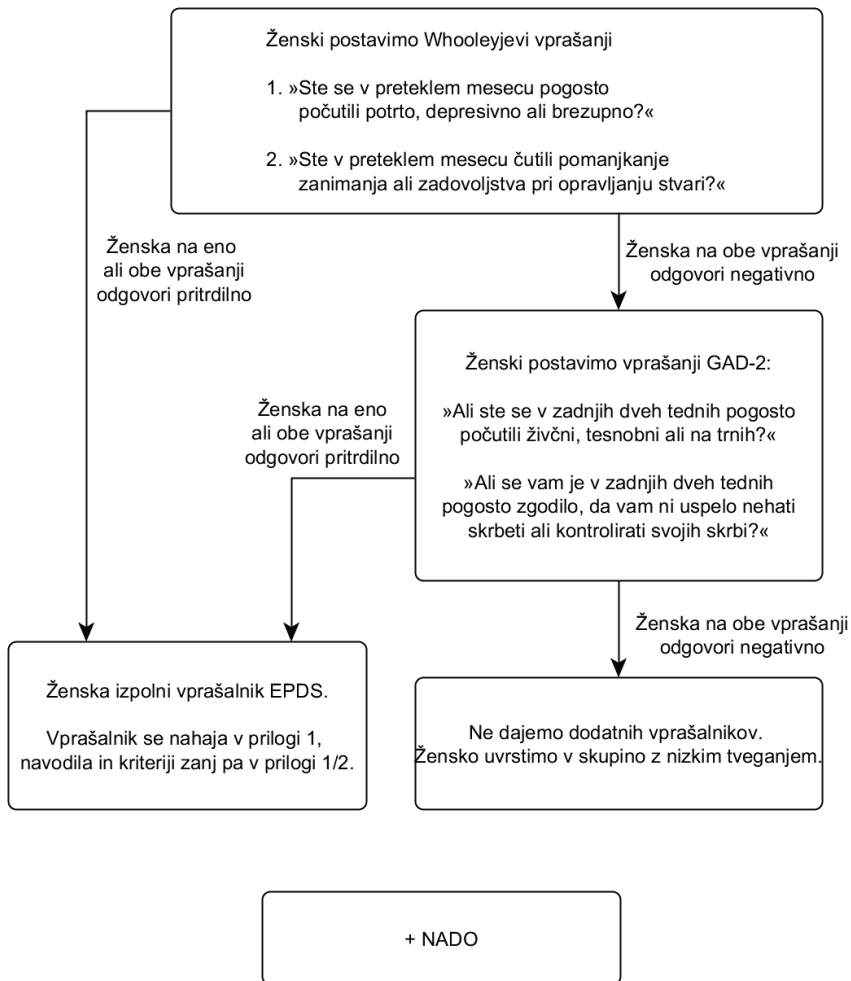
Presejanje za depresijo in anksioznost, nasilje in zlorabo alkohola, nikotina in drugih prepovedanih drog bomo nosečnicam ponudili ob prvem pregledu v ginekološki ambulanti (običajno do 12. tedna nosečnosti) ter presejanje za depresijo in anksioznost ter nasilje v 24. in 32. tednu nosečnosti ter na poporodnem pregledu, ki je običajno šest tednov po porodu. V nadaljevanju je predstavljen način presejanja za vsako posamezno obdobje. Presejalni testi (v nadaljevanju vprašalniki), ki jih bomo uporabili, navodila za izvajanje in kriteriji za ukrepe so v prilogah na koncu članka. V prilogi 4 je opisana klinična pot presejanja za vsa obdobja.

Vprašalniki, ki jih bomo uporabili pri presejalnem programu PODN:

- **Whooleyjevi vprašnji** (The Two Whooley Questions) za prepoznavanje depresije.
- **EPDS** (Edinburgh Postnatal Depression Scale): Edinburška lestvica poporodne depresije.

- **GAD-2** (Generalized Anxiety Disorder Scale): Lestvica za preverjanje splošne anksioznosti.
- **NADO**: Presejalni vprašalnik za nasilje, alkohol, droge in odvisnosti.
- **WAST** (Woman Abuse Screening Tool): Vprašalnik za preverjanje nasilja.

Prvi pregled (8.–12. teden nosečnosti)*



Ob prvem stiku *

Ob prvem stiku v času nosečnosti je pomembno, da ginekolog in babica, po porodu pa patronažna sestra vprašajo vse ženske o zgodovini njihovega duševnega zdravja (Smernice NICE – *The National Institute for Health and Clinical Excellence*) [7].

Če so pri nosečnici prisotne pretekle ali sedanje težje duševne motnje: shizofrenija, bipolarna motnja, poporodna psihoza in huda depresija, potem **jo usmerimo k psihiatru in z njim vzpostavimo stik.**

Če se je nosečnica v preteklosti že zdravila pri psihiatru ali drugem specialistu s področja duševnega zdravja, potem **jo usmerimo k psihiatru ali kliničnemu psihologu.**

Če ima nosečnica v družinski zgodovini prisotnost duševnih motenj, potem **jo usmerimo k psihiatru ali kliničnemu psihologu.**

Pregled v 24. in 32. tednu nosečnosti ter poporodni pregled

Vprašalnik EPDS v prilogi 1, navodila in kriteriji v prilogi 1/2.

Vprašalnik WAST v prilogi 3, navodila in kriteriji v prilogi 3/2.

Edinburška lestvica poporodne depresije [8]

Prosimo, naredite križec pri vprašanju, ki opisuje vaše počutje v zadnjih sedmih dneh, ne le vaše počutje danes.

1. Uspe mi, da se nasmejim in vidim smešno plat stvari.

- Tako kot mi je to vedno uspelo. (0)
- Manj kot prej. (1)
- Veliko manj kot prej. (2)
- Sploh ne. (3)

2. Veselim se stvari.

- Tako kot sem se vedno. (0)
- Manj kot prej. (1)
- Precej manj kot prej. (2)
- Skoraj ne. (3)

3. Po nepotrebnem se obremenjujem, kadar gredo stvari narobe.*

- Večino časa. (3)
- Nekaj časa. (2)
- Redko. (1)
- Nikoli. (0)

4. Brez pravega razloga sem tesnobna in zaskrbljena.

- Sploh ne. (0)
- Komaj kdaj. (1)
- Včasih. (2)
- Zelo pogosto. (3)

5. Brez pravega razloga se počutim prestrašeno ali panično.*

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Redko. (1)
- Sploh ne. (0)

6. Stvari se mi nakopičijo.*

- Večino časa jih ne zmorem obvladovati. (3)
- Včasih jih ne obvladam tako kot prej. (2)
- Večino časa jih obvladujem precej dobro. (1)
- Obvladujem jih tako dobro kot vedno. (0)

7. Bila sem tako nesrečna, da sem slabo spala.*

- Večino časa. (3)
- Včasih. (2)
- Redko. (1)
- Sploh ne. (0)

8. Počutila sem se žalostno ali nesrečno.*

- Večino časa. (3)
- Precej pogosto. (2)
- Redko. (1)
- Sploh ne. (0)

9. Bila sem tako nesrečna, da sem jokala.*

- Večino časa. (3)
- Precej pogosto. (2)
- Občasno. (1)
- Nikoli. (0)

10. Pomislila sem, da bi si kaj naredila.*

- Precej pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Skoraj nikoli. (1)
- Nikoli. (0)

Navodila in kriteriji za vrednotenje Edinburške lestvice poporodne depresije (EPDS) [8]

Samoocenjevalni vprašalnik je sestavljen iz 10 vprašanj in je namenjen ugotavljanju simptomov čustvene stiske med nosečnostjo in v poporodnem obdobju.

Navodila za uporabo EPDS

- Ženske označijo odgovor na vprašanje, ki je najbližje njihovemu počutju v zadnjih sedmih dneh, ne samo na dan reševanja.
- Odgovoriti morajo na vseh 10 vprašanj.
- Ženske naj izpolnjujejo vprašalnik same, brez tuje pomoči, v mirnem okolju in brez prekinjanja.
- Ženske naj same izpolnjujejo vprašalnik, razen če ne znajo brati ali imajo težave z razumevanjem jezika, v katerem je vprašalnik napisan. V tem primeru naj ženska vprašalnika ne reši, to pa zapišemo v medicinsko dokumentacijo.
- Vprašalnik točkujete v skladu s spodnjimi navodili.

Točkovanje

Odgovori so točkovani od 0 do 3 v skladu s stopnjo simptomov (prvi odgovor je vreden 0 točk, zadnji 3 točke). Postavke, označene z *, so točkovane v obratnem vrstnem redu (prvi odgovor je vreden 3 točke, zadnji 0 točk). Skupno vsoto dobimo s seštevanjem posameznih točk. Možno število doseženih točk je med 0 in 30.

0–9 točk (majhna verjetnost za depresijo)

Točke znotraj tega razpona lahko kažejo na prisotnost nekaterih simptomov stiske/stresa, ki so lahko kratkotrajni in za katere je manj verjetno, da ovirajo vsakodnevno delovanje doma in na delu.

Ukrepanje ni potrebno.

10–12 točk (višja verjetnost za depresijo)

Točke znotraj tega razpona kažejo na prisotnost simptomov stresa, ki so lahko neprijetni in vplivajo na vsakodnevno delovanje. Pomembno je nadaljnje spremljanje nosečnice ali otročnice.

Poglobljen pogovor z žensko.

(Zdravnik se z žensko podrobneje pogovori o težavah, ki jih navaja na vprašalniku, in ob naslednjem pregledu ponovno podrobno preveri njeno počutje.)

13 točk ali več (visoka verjetnost za depresijo)

Ta rezultat kaže na visoko verjetnost depresije, zaradi česar je potrebno dodatno ocenjevanje in spremljanje. Potrebna je napotitev k psihiatru ali h kliničnemu psihologu.

Žensko usmerimo k za to usposobljenemu strokovnjaku.

Vprašalnik NADO [10, 11, 12]

Kajenje

- Koliko cigaret ste pokadili na dan v zadnjem mesecu, preden ste izvedeli, da ste noseči?

DA = 1; NE = 0

Nasilje

- Vas je kdaj kdo doma poškodoval? – DA = 1
- Se doma počutite varno? – NE = 1

Alkohol

- Koliko piva/vina/žganih pijač ste popili na običajen dan, ko ste uživali alkohol, v zadnjih 3 mesecih, preden ste izvedeli, da ste noseči? 3 ali več meric* = 1, manj = 0

Droge

- Ali ste kdaj kadili marihuano? – DA = 1

Če je vsota zgornjih vprašanj 0 točk, potem dodatna vprašanja niso potrebna. V nasprotnem primeru pa vprašamo še:

- Ima vaš partner težave z alkoholom ali drogami? DA = 1
- Koliko piva/vina/žganih pijač ste popili zadnjih 3 tednih? Vsaka količina = 1
- Ali ste v zadnjih 3 tednih uživali kokain, heroin, amfetamine, druge droge? – DA = 1

Ste kdaj razmišljali sami ali vam je kdo svetoval, da bi morali zmanjšati uporabo alkohola, drog? – DA = 1

* 10g ali 1 merica alkohola = 1 dcl vina = 2,5dcl piva = 2,5dcl mošta = 0,3dcl žganja

Navodila in kriteriji za vrednotenje vprašalnika NADO

Vprašalnik je sestavljen iz petih osnovnih vprašanj, ovrednotenih z 0 (brez ali nikoli) do 1 (da ali pogosto). Skupni seštevek točk je lahko 5 točk, pri čemer 1 točka že predstavlja srednje tveganje, več kot 2 točki visoko tveganje.

V primeru pozitivnega odgovora zgolj za kajenje sta potrebna posvet ter svetovanje o iskanju pomoči pri prenehanju kajenja (telefonski centri za pomoč pri prenehanju kajenja, osebni zdravniki). Ob hkratnem tveganem pitju alkoholnih pijač je kajenje napovedovalec odvisnosti od prepovedanih drog.

Točkovanje:

0 točk: nizka verjetnost za prisotnost nasilja v partnerskem odnosu in odvisnosti od alkohola, drog.

Ukrepanje ni potrebno.

1 točka: en pozitiven odgovor kaže na prisotnost tveganja za nasilje in odvisnosti. Pomembno je nadaljnje presejanje nosečnice ali otročnice.

Postavimo dodatna štiri vprašanja.

Pozitiven odgovor na vprašanje o odvisnosti partnerja je 60-odstotni kazalec domačega nasilja [13] in hkrati kazalec tveganja za odvisnosti nosečnice.

1 točka: visoka verjetnost za prisotnost nasilja v partnerskem odnosu, odvisnosti od alkohola, drog.

Potrebni so nadaljnji ukrepi.

Pomembno je, da se ženska opolnomoči in se ji predstavijo možnosti, ki jih ima (prijava nasilja, materinski dom, varna hiša), potrebni so

nadaljnje raziskovanje odnosa do alkohola in ustrezna motivacija ter napotitev naprej k za to usposobljenim strokovnjakom.

Vprašalnik za preverjanje nasilja (WAST) [9]

1. Kako bi na splošno opisali vaš partnerski odnos?

- Zelo napet. (3)
- Nekoliko napet. (2)
- Brez napetosti . (1)

2. Kako s partnerjem rešujeta prepire:

- Zelo težko . (3)
- Nekoliko težko. (2)
- Brez težav. (1)

3. Ali ste po prepirih kdaj potrti oziroma se počutite slabo?

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Nikoli. (1)

4. Ali prepiri kdaj privedejo do udarcev, brcanja ali prerivanja?

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Nikoli. (1)

5. Se kdaj počutite prestrašeni zaradi besed ali dejanj vašega partnerja?

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Nikoli. (1)

6. Vas je partner kdaj fizično zlorabil?

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Nikoli. (1)

7. Vas je partner kdaj čustveno zlorabil?

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Nikoli. (1)

8. Vas je partner kdaj spolno zlorabil?

- Pogosto. (3)
- Včasih. (2)
- Nikoli. (1)

Navodila in kriteriji za vrednotenje vprašalnika WAST [10]

Vprašalnik je sestavljen iz osmih vprašanj, ovrednotenih z 1 (brez ali nikoli) do 3 (zelo ali pogosto). Skupni seštevek točk je lahko od 8 do 24, pri čemer je avtor vprašalnika predlagal število 13 kot mejno vrednost za določitev prisotnosti zlorabe.

Pomembno je, da ženske jasno označijo svoj odgovor in da odgovorijo na vsa vprašanja. Omogočimo jim, da vprašalnik rešujejo same, brez tuje pomoči in v za to primernem prostoru, ki omogoča zasebnost.

Točkovanje:

0–13 točk: nizka verjetnost za prisotnost nasilja v partnerskem odnosu.

Ukrepanje ni potrebno.

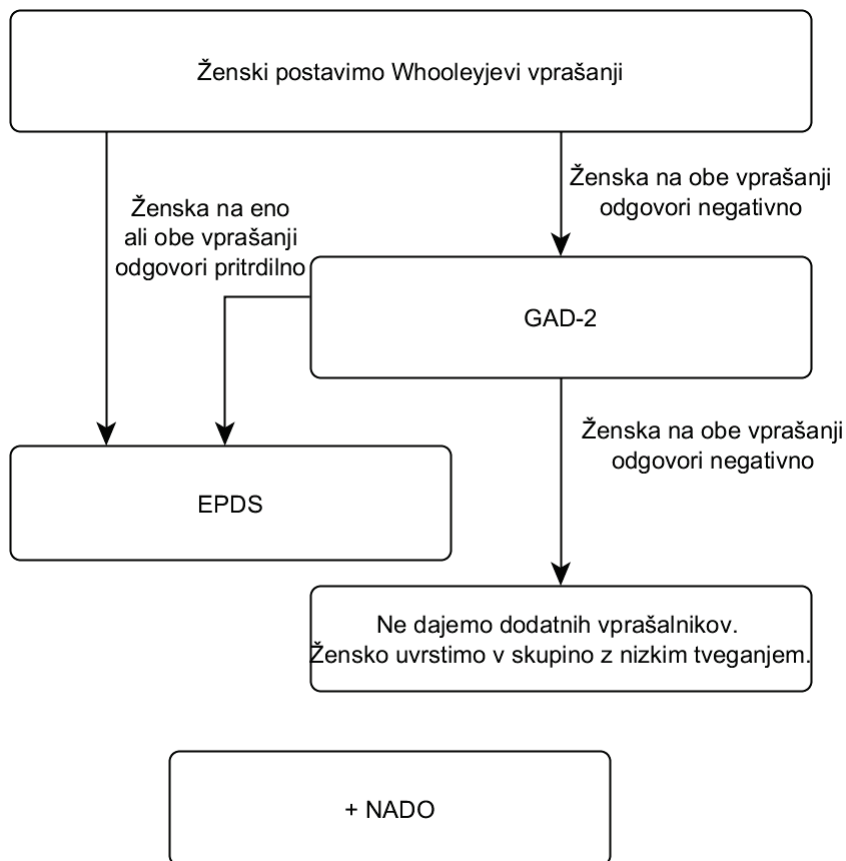
13–24 točk: visoka verjetnost za prisotnost nasilja v partnerskem odnosu.

Potrebni so takojšnji ukrepi.

Pomembno je, da se ženska opolnomoči in se ji predstavijo možnosti, ki jih ima (prijava nasilja, materinski dom, varna hiša), ter da jo napotimo k ustreznim strokovnjakom.

KLINIČNA POT ZA PRESEJANJE V VSEH OBDOBJIH

Prvi pregled (8.–12. teden)



Pregled v 24. in 32. tednu nosečnosti in šest tednov po porodu (prvi pregled po porodu)



Zaključek

Nosečnost in poporodno obdobje sta priložnost za pomoč ranljivim skupinam žensk, saj imajo ženske v tem obdobju pogost stik z zdravstvenim osebjem, ki ima možnost, da se jim približa in si s tem pridobi njihovo zaupanje.

S pomočjo presejalnega testiranja v ambulantah primarnih ginekologov nosečnic in mater po porodu poskušamo doseči višjo prepoznavo žensk s tovrstnimi težavami in ustreznejše nadaljnje ukrepanje, saj v Sloveniji za zdaj še nimamo tovrstnega celostnega presejanja. Tako bi omogočili ustreznejšo obravnavo in pomoč ženskam.

Presejalni testi lahko ženskam dajo občutek, da niso same, da pogosto ni razloga za samoobtoževanje, da vidijo, da imajo možnost izboljšanja stanja [3]. Pomembno je vedeti, da depresija in anksioznost, nasilje, zloraba alkohola, nikotina ter drugih prepovedanih drog prizadene najmanj dve življenji, mamo in otroka, zato je zelo pomembno, da se zavedamo namena in pomena presejalnih programov ter njihovega rednega izvajanja.

Literatura

1. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217(2):145-149.
2. Nelson HD, Nygren P, McInervey Y, Kein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004; 140:387-96.
3. Breedlove G, Fryzelka D. Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2011; 56 (1):18-25.
4. Leigh B, Milgrom J. Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. *Aust J Adv Nurs*. 2007; 24(3):14-18.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists, District II/NY. Perinatal Depression Screening: Tools for Obstetrician and Gynecologists. 2008 [citirano 2017 oct 28]. Dosegljivo na: <http://mail.ny.acog.org/website/DepressionToolkit.pdf>
6. Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1.

Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007.

7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical management and service guidance. 2014 [citirano 2018 jan 9]. Dosegljivo na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>
8. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Med Razgl* 2005; 44: 139-45.
9. Rabin M, Jennings RF, Campbell JM, Jacquelyn C B-MM. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J f Prev Medincincin* [Internet]. 2009;36(5):439–45. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688958/pdf/nihms113250.pdf>
10. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014. Dosegljivo na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf
11. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002;97:1183–94.
12. Yonkers KA, Gotman N, Kershaw T, et al Screening for prenatal substance use: development of the Substance Use Risk Profile-Pregnancy scale. *Obstet Gynecol* 2010;116:827