UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

POPORODNA DEPRESIJA IN ZGODNJI ODNOS MED OTROKOM IN MATERJO

TJAŠA LEDINEK

2017
ZAKLJUČNA NALOGA
LEDINEK

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Poporodna depresija in zgodnji odnos med otrokom in materjo

(Postpartum depression and early infant-mother relationship)

Ime in priimek: Tjaša Ledinek
Študijski program: Biopsihologija
Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2017

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Tjaša LEDINEK
Naslov zaključne naloge: Poporodna depresija in zgodnji odnos med otrokom in materjo

Kraj: Koper Leto: 2017
Število listov: 26
Število referenc: 59
Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc
Ključne besede: poporodna depresija, otrok in mati, objektni odnos, teorija navezanosti

Izvleček:
V zaključni nalogi je predstavljena problematika poporodne depresije, ki pogosto in v različni intenziteti prizadene veliko število žensk. Namen zaključne naloge je bil pregledati relevantno literaturo in predstaviti problematiko poporodne depresije v povezavi s kasnejšim vplivom na odnos med materjo in otrokom. Nekateri avtorji ugotavljajo, da zgodnja ustrezna diada mati-otrok namreč bistvena za kasnejši optimalni psihični razvoj otroka. Neustrezna diada mati-otrok pa lahko pomeni, da bo mati sicer znala poskrbeti za otrokove fiziološke potrebe, ne bo pa uglašena na njegovo potrebo po čustveni povezanosti, kar se lahko kasneje kaže skozi motnje v otrokovem čustvenem razvoju in motnjah v razvoju osebnostne strukture. Po drugi strani, pa so nekateri avtorji ugotovili, da poporodna depresija ne pusti dolgoročnih posledic v otrokovem razvoju. V dobrobit vsem bodočim materam pa je vseeno ključnega pomena pravočasno odkrivanje poporodne depresije ter informiranje in ustrezno usposabljanje zdravstvenega osebja, ki delajo z ženskami, ki se morda znajdejo v poporodni stiski.

Key words documentation

Name and SURNAME: Tjaša LEDINEK
Title of the final project paper: Postpartum depression and early infant-mother relationship

Place: Koper Year: 2017
Number of pages: 26
Number of references: 59
Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD
Keywords: postpartum depression, infant and mother, object relations theory, attachment theory

Abstract:
The final project paper presents postpartum depression, which frequently and with varying intensities affects a large number of women. The purpose of the final project paper was to review the relevant literature and to define the issue in the relation to the early relationship between a mother and an infant. Some researchers think, that an adequate mother-child dynamics is essential for the latter optimal psychological wellbeing of the child. However, an inadequate relationship can mean that the mother will take care of the infants physiological needs, but will not be in tuned with his need for an emotional connection – that can later manifest itself in/as the lack of emotional development and disorders in the development of the personality structure. But on the other hand, some authors point out, that postpartum depression does not leave long-term consequences in the infants latter development. Still, key practices to consider are early diagnosys of the postpartum depression and proper hospital staff training, to ensure, that women, who might suffer from postpartum distress, receive appropriate help.

Zahvala

Iskreno se zahvaljujem mentorju izr. prof. dr. Gregorju Žvelcu za potrpežljivost in usmerjanje ter svetovanje pri izdelavi zaključne naloge.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD ... 1
2 POPORODNE DUŠEVNE MOTNJE ... 3
2.1 Opredelitev poporodnih duševnih motenj ... 3
2.1.1 Poporodna otožnost (»baby blues«) ... 3
2.1.2 Poporodna depresija oziroma poporodna nevrotična depresija ... 3
2.1.3 Poporodna psihoza oziroma velika depresivna epizoda ... 4
2.3 Prepoznavanje poporodnih depresij ... 5
3 ETIOLOGIJA POPORODNIH DEPRESIVNIH MOTENJ ... 7
3.1 Sprožilni dejavniki za nastanek poporodnih depresivnih motenj ... 7
3.2 Evolucijska funkcija poporodne depresije ... 9
4 PRVO LETO ŽIVLJENJA ... 10
4.1 Otrok, mati in objektni odnos ... 10
4.1.1 »Dovolj dobra mati« ... 11
4.2 Razvoj prve navezanosti ... 13
5 VPLIV POPORODNE DEPRESIJE NA OTROKOV RAZVOJ ... 16
5.1 Poporodna depresija in negativne posledice na otroka ... 16
5.2 Vpliv poporodne depresije na otrokov kognitivni, čustveni in socialni razvoj ... 17
7 LITERATURA IN VIRI ... 22

1 UVOD

Obstaja več teorij in definicij poporodne depresije. Mnogo avtorjev je želelo poporodno depresijo opredeliti z enotno definicijo, vendar se zaradi razlik v trajanju, intenziteti in oblikah le-ta še ni oblikovala. V mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10, 2008) jo lahko najdemo pod oznako Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem (puerperijem), ki niso uvrščene drugje, v diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (5. izdaja; Ameriško psihiatrično združenje, 2013) pa v kategoriji depresivne motnje z začetkom med nosečnostjo in trajanjem do nekaj mesecev po porodu.

Rojstvo otroka je za žensko naporno obdobje, tako fizično kot tudi psihično. Kriterij za diagnozo poporodne depresije zajema simptome, značilne za veliko depresivno epizodo. Vsi ti simptomi se lahko pojavijo izolirano, hkrati ali pa eden za drugim, kar pri ženski sproži močne občutke nemoči in sramu in posledično vplivajo na njeno samozavest in prepričanje, da bo za otroka lahko dobro poskrbela (Hrovat Kuhar, 2010). Skozi leta raziskovanja so se oblikovali številni sprožilni dejavniki, ki vplivajo na razvoj poporodne depresije – biološki, socialni in osebnostni. Beckova (2002) je v meta-analizi opredelila trinajst dejavnikov, ki so najbolj ogrožajoči za razvoj poporodne depresije: predporodna depresija, stres v zvezi s skrbjo otroka, stresni življenjski dogodki, socialna podpora, predporodna anksioznost, zadovoljstvo v partnerski zvezi, pretekla depresivna epizoda, otrokov značaj, poporodna otožnost, samospoštovanje, socialno-ekonomski status, zakonski stan in neželena oziroma nenačrtovana nosečnost.

Povezavo med rojstvom otroka in zgodnjim odnosom med materjo in otrokom ter kasnejšim vplivom na otrokov razvoj so raziskovali številni avtorji.

Hagen (1999) meni, da lahko poporodno depresijo razložimo preko evolucijske psihologije – depresija po porodu naj bi namreč bilo orodje, da ženska vzbudi pozornost partnerja in okolice, ter na tak način poveča možnost za lastno in otrokovo preživetje.

Nekateri avtorji, npr. Melanie Klein (1988), razlago podajo preko teorije objektnih odnosov. Mati je od rojstva otroka bistven del njegovega rastočega psihičnega aparata. Ker je sam povsem nebogljen, potrebuje nekoga, ki mu bo zunanji svet posredoval preko sebe – za otroka je mati nekakšen pomožni ego. Otrok sprva mater doživlja posebej v dobri in slabi verziji. Temu Kleinova pravi razcep (ang. splitting).

Winnicott (1960) meni, da je poslanstvo matere ravno nega, saj otrok obstaja le v paru z materjo. »Dovolj dobra mati« bo poskrbela za otroke fiziološke in psihološke potrebe, pri

tem pa bosta tako otrok kot ona aktivna soustvarjalca uglašenega odnosa. Cilj tega odnosa pa je otrokov razvoj in nebogljenega posameznika v samostojno osebo, ki je zmožna lastnih predstav o sebi in drugih ter je sposobna vstopa v svet kot družabno bitje.

Zgodnja interakcija med otrokom in materjo se kasneje kaže tudi skozi stil navezanosti, ki ga otrok razvije. Pionirja teorije navezanosti, John Bowlby in Mary Ainsworth, ki sta delovala med letoma 1958 in 1969, pravita, da je prva navezanost osnova za vse ostale navezanosti, ki jih bo oseba sposobna oblikovati. Navezanost je tista, ki posameznika vodi v ustvarjanje odnosov z drugimi in ne nazadnje tudi s seboj.

Zgodnji odnos med otrokom in materjo je torej bolj prepleten in poglobljen, kot se sprva zdi. Poporodna depresija je vsekakor ena izmed patoloških motenj, ki lahko pusti posledice v otrokovem kasnejšem razvoju. Številne raziskave so pokazale, da ima otrok z neuglašenim odnosom z materjo kasneje težave predvsem na čustvenem in kognitivnem področju, osebnostnih motnjah, pri razvoju socialne anksioznosti, pri ne-varnem stilu navezanosti in odvisnosti. Po drugi strani pa so nekateri avtorji mnenja, da poporodna depresija ne pušča dolgotrajnejših posledic pri otrokovem razvoju in je treba v obzir še kulturni vidik dojemanja poporodne depresije.

Namen zaključne naloge je predvsem pregledati literaturo o problematiki poporodne depresije v povezavi s kasnejšim vplivom na odnos med otrokom in materjo. Prav tako pa želim izpostaviti pomembnost pozitivne začetne interakcije med materjo in otrokom preko teorije navezanosti, teorije objektnih odnosov in rezultatov raziskav, ki so bile opravljene na to temo.

Pri snovanju zaključne naloge sem si zastavila naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri so najpogostejši dejavniki, ki vplivajo na razvoj poporodne depresije?
- Zakaj so ravno prvi meseci po porodu tako pomembni za otrokov razvoj in kaj se zgodi, če je v tistem času mati preveč okupirana sama s seboj?
- Kako lahko znanje o poporodni depresiji in teoriji objektnih odnosov povežemo in uporabimo v praksi?

2 POPORODNE DUŠEVNE MOTNJE

2.1 Opredelitev poporodnih duševnih motenj

Djerzić in Campolunghi-Pegan (2005) poporodno obdobje opredelita kot čas hitrih in bistvenih bioloških, psiholoških in družbenih sprememb, ki lahko pri ženski sproži različne duševne motnje. Glede opredelitve poporodnih duševnih motenj pa še vedno ni enotne opredelitve, saj se pojavljajo zelo pogosto in v različnih stopnjah izraženosti – od blagih depresivnih reakcij do psihotičnih depresij (Ličina, 2011).

Poporodno depresijo lahko glede na klinične simptome razvrstimo v tri večje skupine (Djerzić in Campolunghi-Pegan, 2005):

- poporodna otožnost,
- poporodna depresija oziroma poporodna nevrotična depresija,
- poporodna psihoza oziroma poporodna velika depresivna epizoda.

2.1.1 Poporodna otožnost (»baby blues«)

50−60 % vseh porodnic se tri do štiri dni po porodu sooča z nenadno otožnostjo, največkrat brez jasnega razloga. Največkrat je ta otožnost posledica hormonskih sprememb, ki po porodu drastično padejo, spremljajo pa jo hitre spremembe v razpoloženju in čustveno nihanje, trenutni obup, žalost in občutek izgubljenosti (Ličina in Radovanovič, 1995; Burton, 2010; Hrovat-Kuhar, 2010). Poporodna otožnost je podobna poporodni depresiji, le da je blažja, veliko krajša, navadno izzveni sama in v večini primerov ne potrebuje posebnega zdravljenja. Taka oblika kratke depresija je tako največkrat posledica psihične in telesne izčrpanosti, t. i. depresija izčrpanosti (Kabza, 1998).

2.1.2 Poporodna depresija oziroma poporodna nevrotična depresija

Med poporodnimi duševnimi motnjami zavzemajo posebno mesto poporodne depresije, saj se pojavljajo najpogosteje in v najrazličnejši intenziteti (Ličina in Radovanovič, 1995). Plemenitaš in Koprivnik (2009) menita, da imajo lahko ženske povečano tveganje za poporodno depresijo še eno leto po porodu (Plemenitaš in Koprivnik, 2009).

Poporodna depresija prizadene približno 3−33 % porodnic, s tem da je pogostost odvisna od metod in diagnostičnih kriterijev, ki so uporabljeni v raziskavah (Radovanovič in Ličina, 1995). Poporodna depresija se sprva kaže skozi utrujenost, ki je posledica neprestane skrbi za novorojenčka. Začetni znaki depresije so namreč podobni znakom hude utrujenosti

(Hrovat-Kuhar, 2010). V osnovi poporodna depresija kaže enake simptome kot ostale oblike depresije - znižano razpoloženje, zmanjšanje energije in dejavnosti, manjša sposobnost za uživanje, anhedonija, pomanjkanje samozavesti, izguba telesne teže, nemir, upad zanimanja, interesa in koncentracije (Djerzić in Campolunghi-Pegan, 2005). Depresivnost spremlja vznemirjenost, tesnobnost in neodzivnost na okolico, prav tako pa občutek tesnobnosti, krivde in razdražljivosti (Burton, 2010; Tavčar, 2013).

V Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (5. izdaja; Ameriško psihiatrično združenje, 2013) lahko poporodno depresijo najdemo pod kategorijo depresivne motnje, natančneje pod nespecifične depresivne motnje 311 (F32.9) z začetkom kadarkoli med nosečnostjo in/ali trajanjem do nekaj mesecev po porodu.

Kriterij za diagnozo poporodne depresije zajema simptome, značilne za veliko depresivno epizodo. Zajemati mora vsaj pet od naslednjih v obdobju dveh tednov:

- občutek žalosti, praznine ali vsakodnevne brezupnosti,
- izguba zanimanja in veselja za aktivnosti,
- izguba teže ali zmanjšan tek,
- sprememba vzorcev spanja,
- občutki nemira,
- izguba energije,
- občutki ničvrednosti ali krivde,
- izguba koncentracije ali večja neodločnost ter
- ponavljajoče se misli o smrti, z ali brez načrtov samomora.

Vsi ti simptomi se lahko pojavijo izolirano, hkrati ali pa eden za drugim in lahko žensko napolnijo z občutki sramu in splošne neuspešnosti, kar posledično vpliva na njeno samozavest in prepričanje, da bo otroku dobra mati (Hrovat Kuhar, 2010). Poporodna depresija lahko v hujših primerih vodi do zanemarjenja otroka (Burton, 2010).

2.1.3 Poporodna psihoza oziroma velika depresivna epizoda

V nasprotju s poporodno otožnostjo in poporodno depresijo pa je poporodna psihoza veliko bolj redka in hkrati težka blodnjava depresija, začetek pa je navadno 7−14 dni po porodu (Burton, 2010).

Djerzić in Campolunghi-Pegan (2005, str. 121) jo opišeta kot »bolezensko duševno stanje z izrazito zmanjšano sposobnostjo objektivne presoje resničnosti, osiromašenim družbenim delovanjem, značilno s halucinacijami ter vsebinskimi, lahko tudi s formalnimi motnjami mišljenja, z očitnim ali domnevnim organskim ozadjem, potekajoče v glavnem v fazah ali kot bolezenski proces«.

Potek bolezni je tako težji pri ženskah, ki ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje kažejo več simptomov iz spektra shizofrenije, kot simptomov razpoloženjske motnje (Djerzić in Campolunghi-Pegan, 2005). Največkrat prizadene ženske po rojstvu prvega otroka oziroma ženske, ki že imajo kakšno duševno motnjo. Poporodno psihozo spremljajo blodni občutki krivde in manjvrednostno razmišljanje, da ne more oskrbeti otroka. Pri ženskah s to motnjo je možnost samomora zelo velika (Kabza, 1998; DSM-5, 2013).

2.2 Klasifikacija poporodnih depresivnih motenj

V mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih znanstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, 2008) so poporodne depresije obravnavane pod oznako Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50-F59), natančneje pod oznako Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem (puerperijem), ki niso uvrščene drugje (F53).

2.3 Prepoznavanje poporodnih depresij

Pravočasno prepoznavanje poporodnih motenj pripomore k učinkovitemu reševanju problema in pravočasni intervenciji. Kljub veliki pogostosti pa je poporodna depresija v veliki meri premalokrat diagnosticirana in zdravljena. Ženske je pogostokrat strah, da jim bodo zaradi take diagnoze vzeli otroka ali pa da bodo osramočene in stigmatizirane v družbi. Velikokrat pa se tudi same sploh ne zavedajo, da so lahko večje motnje v razpoloženju že patološke (Robertson-Blackmore in Chaudron, 2012).

Med ocenjevalnimi lestvicami se najpogosteje uporablja Edinburška poporodna depresivna lestvica – Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), ki jo je leta 1987 v Angliji razvil Cox s sodelavci (Koprivnik in Plemenitaš, 2009).

Test je sestavljen iz desetih enostavnih vprašanj, ki se nanašajo na čustva, razpoloženje, spanje, strah, obremenjevanje s stvarmi in samomorilne misli. Za vrednotenje ni potrebnega posebnega strokovnega predznanja, kar ga naredi enostavnega za vsakdanjo rabo (Koprivnik in Plemenitaš, 2009).

V praksi se najpogosteje uporabljajo naslednji postopki za prepoznavanje poporodnih depresij: klinični intervju s psihiatrom in samoocenjevalno lestvico, strukturiran klinični intervju (ocenitev psihičnega statusa) in ocenjevalna lestvica opazovalca (Radovanovič in Ličina, 1995). Novejše raziskave (Robertson-Blackmore in Chaudron, 2012) pa, menita,

imajo lahko ključno vlogo pri identificiranju pediatri in zdravstveni delavci, ki so v stiku s pacientko. Nudijo jim lahko podporo, prav tako pa se lahko s pomočjo EDPS ocenjevalne lestvice osredotočijo na prepoznavanje simptomov poporodne depresije.

3 ETIOLOGIJA POPORODNIH DEPRESIVNIH MOTENJ

V želji po preprečevanju poporodnih depresivnih motenj so se skozi leta raziskovanja poskušali oblikovati dejavniki tveganja za nastanek motenj po porodu.

3.1 Sprožilni dejavniki za nastanek poporodnih depresivnih motenj

Na biološkem področju se pri ženski med nosečnostjo zgodijo velike hormonske spremembe – poveča se koncentracija estrogena, progesterona, oksitocina, hormonov žleze ščitnice, povečajo se volumen plazme in zunajcelične tekočine, minutni volumen srca in delovanje ledvic (Ličina, 1999).

Obstaja malo dokazov, da je poporodna depresija posledica organskih motenj v telesu. Nekateri avtorji sicer navajajo, da do poporodne depresije pride zaradi motenj v delovanju žleze ščitnice, ki je posledica stresnih dogodkov in motenj v delovanju HPA-osi (hipotalamus-hipofiza-nadledvična os). Organski vzrok za pojav poporodne depresije pripisujejo tudi nenadnemu padcu nivojev steroidnega hormona progesterona in estrogenskih hormonov estradiola in estriola (Cooper in Murray, 1998; Chaudron, 2005), nekateri avtorji pa pomanjkanju vitamina B in omega-3 maščobni kislini (Hrovat-Kuhar, 2010; Mougharbel, 2015). Spremembe v nivoju estrogena pri ženskah v času puerperija pa omenja tudi DSM-5 (2013) in poudarja, da se lahko ravno zato izraženost manije ali depresivne epizode po porodu pri ženskah razlikuje.

Beckova (2002) je v meta-analizi opredelila trinajst poglavitnih dejavnikov, ki so povezani z razvojem poporodne depresije: predporodna depresija, stres v zvezi s skrbjo otroka, stresni življenjski dogodki, socialna podpora, predporodna anksioznost, zadovoljstvo v partnerski zvezi, pretekla depresivna epizoda, otrokov značaj, poporodna otožnost, samospoštovanje, socialno-ekonomski status, zakonski stan in neželena oziroma nenačrtovana nosečnost.

Predporodna depresija se nanaša na depresijo v kateremkoli obdobju nosečnosti. Depresija med nosečnostjo bi naj bila najmočnejši kazalnik za razvoj poporodne depresije.

Stres v zvezi s skrbjo za otroka se nanaša na zaskrbljenost matere, da bi otrok zbolel ali na težave s hranjenjem in spanjem otroka.

Stresni življenjski dogodki se nanašajo na število negativnih ali pozitivnih stresnih dogodkov (ločitev, izguba službe, sprememba delovnega položaja, nesreče, finančne težave, bolezen) v življenju posameznice, ki se akumulirajo in lahko kasneje sprožijo razvoj poporodne depresije.

Socialna podpora se nanaša na nivo podpore, ki jo ženska pričakuje od bližnjih. Socialna podpora vključuje praktično pomoč (pomoč pri gospodinjskih opravilih, varstvo otroka) in čustveno podporo partnerja in bližnjih sorodnikov. Ženske z manj socialne podpore bi tako naj bile bolj ogrožene za razvoj poporodne depresije.

Predporodna anksioznost se lahko pojavi v kateremkoli obdobju nosečnosti in se nanaša na občutke nelagodja in tesnobnosti.

Zadovoljstvo v partnerski zvezi vključuje dobro razumevanje med partnerjema v kriznih situacijah, nivo čustvene podpore, občutka varnosti v zvezi in čas za skupne aktivnosti.

Pretekla depresivna epizoda. Ženska, ki je že pred nosečnostjo trpela za depresijo, je bolj dovzetna za razvoj poporodne depresije.

Otrokov značaj je lahko razlog za razvoj poporodne depresije, še posebej v primeru, ko je skrb za otroka otežena (nedonošenost, posebna nega). Neutolažljivega in hitro razdraženega otroka pa lahko ženske s preteklo depresivno epizodo dojemajo še kot bolj zahtevnega, kot je v resnici.

Poporodna otožnost je prehodna sprememba razpoloženja, ki se pojavi v prvih dneh po porodu. Ženske z izraženimi simptomi poporodne otožnosti so bolj izpostavljene razvoju poporodne depresije.

Samospoštovanje se nanaša na samozavest in zadovoljstvo ženske same s seboj. Nizka samopodoba pomeni nižje vrednotenje lastnih sposobnosti, kar je lahko povod za razvoj poporodne depresije.

Socialno-ekonomski status se nanaša na položaj v družbi in je kombinacija socialnih in ekonomskih dejavnikov. Vključuje prihodek, izobrazbo in poklic.

Zakonski stan posredno vključuje stopnjo varnosti in občutek podpore, če je ženska poročena. Samske ali ločene ženske pa naj bi bile bolj dovzetne za razvoj poporodne depresije.

Neželena oziroma nenačrtovana nosečnost se nanaša na morebitne negativne občutke ženske, ki otroka ni načrtovala ali pa je bila nosečnost neželena. Ličina (1999) pravi, da je neželena nosečnost ena najtežjih stresnih situacij za bodočo mater in otroka. Glede na odnos bodočih mater do nosečnosti in otroka je kasneje opredelil štiri tipe bodočih mater: idealna

mati, ki je motivirana za bodočo vlogo matere, ima urejene odnose do lastne matere in partnerja; ambivalentna mati, ki nezavedno odklanja svojo nosečnosti, kar skriva za pretiranimi pripravami na rojstvo; hladna mati, ki je obzirna, vendar hladna in nezmožna kazati ljubezen ter sovražna mati, ki ni sprejela nosečnosti in goji negativna čustva do nje. Velikokrat je ravno ta skupina mater sama v stiski, stresni situaciji, brez podpore partnerja, domačih in družbe (Ličina, 1999).

3.2 Evolucijska funkcija poporodne depresije

Evolucijska psihologija vidi človeka kot produkt evolucije, ki je izoblikoval vedenje skozi specifične adaptacije. Adaptacije so specializirane prilagoditve na razmere, ki so omogočile vzdrževati in razvijati človeško vrsto (Tracy, 2005). Adaptacije so po navadi strukturno kompleksne in večdelne, vsaka pa ima svojo ceno in korist (»cost and benefit«). To pomeni, da je človek na podlagi 'več koristi za manjšo ceno' presojal, katero vedenje mu v tistem trenutku omogoči večjo možnost preživetja (Gaulin in McBurney, 2004).

Rojstvo otroka lahko za žensko pomeni veliko evolucijsko prednost. Pomanjkanje podpore partnerja in okolice ter zdravstvene težave novorojenčka lahko povečajo ceno, ki jo ženska plača z rojstvom potomca ter ogrozijo njeno preživetje. Ženska mora zato dobro preučiti nivo podpore, ki ji jo bodo nudili partner in okolica, vitalnost svojega telesa (ali je zmožna donositi zdravega otroka in pridobiti evolucijsko prednost) in pogoje okolja, v katerem živi (npr. dovolj hrane in mile zime), preden se odloči investirati v potomca (Hagen, 1999, po Tracy, 2005). Poporodna depresija je tako adaptacija oziroma nekakšno orodje, s katerim ženska vzbudi pozornost partnerja in okolice, da ji pomagajo pri skrbi za otroka (Hagen, 1999). Hagen (1999) primerja poporodno depresijo s protestom delavcev, ki želijo z nedelom doseči večjo plačo ali dodatne koristi − ženska s poporodno depresijo pa z neodzivnostjo na otroka vzbuja pozornost partnerja in sorodnikov, da ji pomagajo.

Nekateri avtorji pa menijo, da je evolucijska razlaga poporodne depresije vseeno pomanjkljiva, saj ne upošteva medkulturnih razlik in je zato ne moremo sprejeti kot univerzalni fenomen. Socialna podpora, ki je vsekakor ena izmed ključnih za razvoj poporodne depresije, se razvije pod vplivom okolja in kulture, v kateri živimo. Tracy (2002) povzame, da ni pomembna kvantiteta ali kvaliteta te socialne podpore, ampak kaj od te podpore ženska pričakuje. Stuchbery, Matthey in Barnett (1998) so npr. z medkulturno študijo med Vietnamkami, Arabkami in Avstralkami ugotovili, da npr. Arabke želijo ravno toliko socialne podpore kot ženske iz bolj zahodnih držav, ampak vseeno razvijajo manj poporodne depresije. Zaključijo, da je kulturni faktor tisti, ki najbolj vpliva na odnos med socialno podporo in poporodno depresijo. Evolucijska razlaga poporodne depresije je tako dober raziskovalni okvir, v katerem pa vseeno obstaja prostor za bolj natančne razlage poporodne depresije.

4 PRVO LETO ŽIVLJENJA

V prvem letu otrokovega življenja se otroku preko socialne interakcije z materjo in drugimi postavijo temelji za njegov rastoči psihični aparat. Otrok s kvalitetnimi zunanjimi stiki raste tako fizično kot psihično in tako prehaja od popolne odvisnosti od drugih v smeri samostojnega posameznika.

4.1 Otrok, mati in objektni odnos

Izraz objektni odnos pojmuje »način subjektovega odnosa s pomembnimi drugimi (referenčnimi) osebami, v katerem subjekt gradi svoj lastni psihični aparat« (Praper, 1996, str. 23). Objekt v tem smislu pomeni mater oziroma substitut matere, ki je za otroka središče, saj je z njo neprestano v interakciji in preko nje oblikuje prve predstave o sebi in svetu (Praper, 1996).

Otrok na podlagi interakcij z drugimi osebami gradi »psihične reprezentacije pomembnih drugih oseb, ki kasneje vplivajo na posameznikovo čustveno stanje in vedenjske reakcije« (Žvelc, 2011, str. 27). Notranje reprezentacije drugih mu tako povedo, kakšni so drugi ljudje in kaj lahko od njih pričakuje, prav tako pa si preko njih oblikuje predstavo o sebi.

Teorija objektnih odnosov se je razvila na prehodu iz pozne ego psihologije. Najbolj znana raziskovalka na tem področju je bila med letoma 1946 in 1963 Melanie Klein, ki je nadgradila Freudovo teorijo gonov. Pravi, da se otrok oblikuje iz globokih in intenzivnih interakcij, ki jih splete z materjo (Klein, 1988). Nekatere interakcije (hranjenje, tolaženje, dotik), spodbudijo čustva jeze in frustracije; spet druge pa čustva odvisnosti. Otrok ima izoblikovano nezavedno notranjo zavest o obstoju matere in jo doživlja posebej v dobri, gratificirajoči in posebej v slabi, frustrirajoči verziji. Temu pravimo razcep (Praper, 1999). Ko otroku sčasoma uspe integracija teh dveh polov, se zgodi premik v njegovem razvoju.

Odnos med materjo in otrokom je stalna krožna izmenjava, pri čemer so najpomembnejša čustva. Otrok tako preko matere, ki je nekakšen »pomožni ego« (Praper, 1996, str. 94), gradi svoj psihični aparat in oblikuje notranje reprezentacije drugih oseb. Novorojenček že tretji dan po rojstvu razvije sposobnost vida, sluha in vonja – prepozna materino dojko in se odziva na frekvence v območju človeškega govora (Nikolič, 1988, po Praper, 1996). Prva dva meseca življenja za otroka pomenita »predobjektni stadij« (Praper, 1996, str. 96), ko otrok niha med stanjem zadovoljstva in nezadovoljstva. Kasneje, med šestim in osmim tednom, pa se začne otrok odzivati na zunanje dražljaje – pojavi se socialni smeh in takrat otrok počasi preide iz odnosa s seboj v odnos z drugimi (Praper, 1996).

4.1.1 »Dovolj dobra mati«

Winnicott (2010) meni, da je poslanstvo matere nega, ki bo otroku pomagala skozi normalne faze emocionalnega razvoja, ki mu bodo omogočile oblikovati zdravo osebnost, ki pa je v širšem smislu ključnega pomena za zdravje družbe. Po Winnicottu dojenček vedno obstaja le v paru z materjo. V tem odnosu se razvijata tako mati kot otrok ter iščeta ravnovesje med otrokovo samostojnostjo in odvisnostjo od materine nege (Praper, 1992; Lorenčič, 2011; Žvelc, 2011). Otrok je kot fetus biološko povezan z materjo, po rojstvu pa je v t. i. »fazi avtizma« (Praper, 1992, str. 42), kar pomeni, da sam ni zmožen navezovati stikov navzven – vedno potrebuje mater oziroma substitut matere, preko katere se poskuša čim bolj približati stanju gotovosti in odvisnosti, ki jo je imel kot fetus. Otrok že 15 ur po rojstvu loči materin glas, vonj in obraz od tujega. Temu pravimo relacijska funkcija zaznav (Praper, 1992; Beebe, Lachmann in Jaffe, 1997). Winnicott (1960) je razvoj otroka razdelil v tri faze – absolutna odvisnost, relativna odvisnost in (težnjo) v smeri neodvisnosti. Dojenček je tako sprva povsem nezrel in brez izoblikovanega psihičnega aparata povsem odvisen od matere, kasneje že zdrži krajše separacije od matere in si pomaga s tranzitornimi (prehodnimi) objekti, ne nazadnje pa vedno bolj stremi k neodvisnosti in je sposoben vstopiti v zunanji svet, brez da bi s tem izgubil svojega (Winnicott, 1960; Žvelc, 2011; Pederson, Poulsen in Lunn, 2013).

Da se lahko otrok razvije v psihično zdravega posameznika, se mora mati v prvih mesecih po rojstvu ustrezno odzivati na otrokove potrebe. Mati se prostovoljno ponudi, da bo za otroka skrbela − temu pravimo »primarna materinska preokupacija« (Winnicot, 1960, po Žvelc, 2011). Pomembno je, da je mati »dovolj dobra« (Winnicott, 2010; Lorenčič, 2011), tj. da se zna ustrezno odzivati na otrokove potrebe. Pomanjkljiva preokupiranost pa po drugi strani lahko pomeni težave z vzpostavljanjem ustreznih čustvenih vezi z otrokom. Tak primer je poporodna depresija, ko ženska doživlja več negativnih čustev in je tako manj občutljiva na odzive otroka (Kim, Mayes, Feldman, Leckman in Swain, 2013).

Lorenčič (2011) je mnenja, da mora biti dovolj dobro tudi okolje, v katerem je mati oblikovala lastne vzorce vedenja, jih ponotranjila in prenesla na otroka; tako diado mati-otrok umesti v širši družboslovni kontekst.

Diadni odnos mati-otrok je sprva asimetričen. Mati srka in oblikuje izkušnje z zunanjim svetom, jih filtrira in prenese na otroka, on pa jih v prvem letu izmenjuje predvsem z njo (Stern, 1995, po Pavšič-Mrevlje, 2006; Kompan-Erzar, 2006). Na odnos med materjo in otrokom vplivajo tudi materine predstave o sebi kot o materi in pričakovanja, povezana s tem – otroku bo omogočila boljši občutek varnosti, če ima pozitivno predstavo o sebi, si bolj zaupa in verjame v svojo materinsko vlogo (Pavšič-Mrevlje, 2006).

Auerbach in Blatt (1997) prav tako poudarjata pomembnost začetne pozitivne interakcije z materjo. Z raziskavo v prvih treh mesecih po rojstvu otroka sta pokazala, da lahko majhne spremembe v uglašenosti med materjo in otrokom spremenijo razvoj otrokovega občutka sebe in o drugih. Ustrezna uglašenost tako za otroka pomeni, da bo kasneje v življenju razvil dober občutek sebe, prav tako pa bo bolj sposoben razvijati zrele medosebne odnose z drugimi (Auerbach in Blatt, 1997).

Stern (2002) meni, da ima vsaka mati unikaten pristop do svojega otroka, ki ga izraža preko izrazov na obrazu, verbalnega in neverbalnega komuniciranja, strmenja, premikov glave in izbire besed. Meni, da do neusklajenosti med materjo in otrokom lahko pride takrat, ko mati pretirano kontrolira otrokove gibe in reakcije, npr. otrok strmi v 'napačno' smer, mati pa ga pretirano popravlja. Tipičen primer 'vdiranja' so predebeli otroci, saj mati ne prepozna otrokove sitosti in ga pretirano hrani – največkrat ravno zaradi lastne negotovosti, ali je dovolj dobra mati (Pšeničny, 2010).

Po drugi strani pa Stern (2002) opiše neodzivno mati, ki se na otrokove potrebe ne odziva in ga niti ne poskuša usmerjati. Nestalen in nestanoviten odnos matere lahko pri otroku povzroči občutek tesnobnosti, povezane s strahom pred zapustitvijo. Zavračanje čustvenega stika z otrokom otežuje ali onemogoči, da bi otrok začel oblikovati jasne in stabilne meje med sabo in drugimi. Tako otrok razvije rigidne meje, slabe izkušnje pa ga kasneje varujejo pred bližino z drugimi. Bližino drugih namreč začne dojemati kot ogrožajočo, strah ga je izgube lastne identitete in občutka sebe, posledično pa to pomeni tveganje za razvoj shizoidne osebnostne strukture ali mejne osebnostne strukture (Pšeničny, 2010; Praper, 1999, po Žvelc, 2011).

Stern (2002) še doda, da neodzivna mati pusti več negativnih posledic kot pretirano obremenjujoča mati. Kompan Erzarjeva (2006) meni, da se bo otrok neodzivne matere kasneje na neodzivnost prilagodil in se tako v medosebnih odnosih z drugimi obnašal nezainteresirano, odtujeno ali pa bo pretirano opozarjal nase. Kot otrok je namreč ugotovil, da lahko druge zadrži ob sebi le tako, da je izrazito nemiren, bolan ali siten oziroma da je navidezno neproblematičen in ne kaže znakov stresa. Zato je pomembno, da ima ob sebi osebe, ki so emocionalno bolj odzivne od njega, saj bo to njegov edini okvir razvoja čustev (Kompan-Erzar, 2006).

Žvelc (2001) pravi, da je odvisnost v odraslosti lahko posledica motenih zgodnjih objektnih odnosov. Oseba, odvisna od drog, ni doživela zlivanja s primarno osebo, ali pa je bilo težko moteno. Taka oseba ni mogla razviti zdravih intimnih odnosov in jih tako kasneje išče z uživanjem droge. Oseba s slabimi izkušnjami s primarnimi objekti bo vse življenje iskala nadomestilo za primanjkljaj v otroštvu. Odvisnost od droge tako predstavlja vračanje v stanje

primitivnih objektnih odnosov oziroma doživljanje harmonije s primarnim objektom ter mir in tolažbo (Žvelc, 2001).

4.2 Razvoj prve navezanosti

Vtiskovanje (»imprinting«) je eden od najpogosteje omenjenih konceptov te smeri in pomeni instinktivno obliko učenja, kjer potomec določene vrste sledi premikajočemu se objektu, se nanj naveže ter razvije vedenje. Pri tem je pomembno, da je ta dražljaj sprožen v *kritičnem obdobju*, tj. ko je potomec najbolj dovzeten zanj. Otrok se tako rodi z dispozicijami, ki mu omogočajo obnašanje, s katerim pritegne druge osebe, da zanj skrbijo (Cugmas, 1998). Ta koncept igra vlogo preživetja in potomcu omogoči, da se izogne nevarnosti in razvija socialno vedenje (Crain, 1992, po Batistič-Zorec, 2014).

Izraz navezanost pomeni »trajajoč intimen emocionalen odnos« (Praper, 1992, str. 53) oziroma »Navezanost je sistem vedenja, ki ima lastno obliko notranje organizacije ter svojo funkcijo. Sistem navezanosti motivira dojenčka, da išče bližino ter vzpostavitev komunikacije s starši in drugimi primarnimi skrbniki« (Žvelc, 2011, str. 94). Otrok je po rojstvu povsem nebogljen in potrebuje osebo, ki bo zanj skrbela. Ta oseba bo otrokov prvi stik s svetom, z njo pa bo začel plesti prve socialne interakcije. Prva navezanost je osnova za vse nadaljnje navezanosti, ki jih človek v življenju oblikuje. Otrok, ki v kritičnem obdobju, tj. do približno drugega leta, ne ustvari odnosa navezanosti, bo imel vse življenje težave pri vzpostavljanju čustvenih odnosov z drugimi (Batistič-Zorec, 2014).

John Bowlby (1988) je podal najbolj znano razlago razvoja navezanosti, ki jo je razvil na podlagi študij primera otrok. Posvetil se je delu z otroki v institucijah, ki so imeli resne emocionalne probleme, najbolj očitna pa je bila nesposobnost oblikovanja intimnih in trajnih odnosov z drugimi. Otrok je pri oblikovanju navezanosti pojmovan kot aktiven soustvarjalec svojega razvoja – biološka pogojenost daje vsem otrokom enako predispozicijo za oblikovanje univerzalne stopnje navezanosti, vendar pa se kakovost navezanosti med otroki razlikuje (Cugmas, 1998). Payne in Walker (2002) teorijo navezanosti povzameta v naslednjih točkah:

- najbolj občutljivo, a najprimernejše *občutljivo obdobje* za razvoj navezanosti je med rojstvom in petim letom starosti;
- otrok razvije *navezovalna vedenja*, ki imajo funkcijo priklica mame k otroku. Sem prištevamo jok, smehljanje in kasneje sledenje;
- človek, na katerega se otrok *primarno naveže*, je po navadi mati ali oseba, s katero je največ v stiku;
- dojenček *vzpostavi odnos navezanosti* na enega človeka;
- ko se navezanost enkrat vzpostavi, bo ostala.

Teorijo navezanosti, kot jo poznamo danes, sta razvila John Bowlby in Mary Ainsworth med letoma 1958 in 1969. Sprva je Bowlby oblikoval teoretično podlago skozi kritiko Freudove psihoanalize in dejal, da je otrokova prva navezanost set instinktivnih odzivov (sesanje, oprijemanje, sledenje, smeh in jok), ki vežejo otroka na mater in obratno. Kasneje je raziskoval še separacijsko anksioznost in žalovanje pri otrocih. Mary Ainsworth je nato med letoma 1963 in 1967 dalje raziskovala fenomen navezanosti. Pri projektu Ganda je opredelila tri tipe navezanosti glede na odnos med materjo in otrokom – varno navezani otroci, ki so malo jokali in so bili videti zadovoljni in so ob prisotnosti matere bili pripravljeni raziskovati; ne-varno navezani otroci, ki so pogosto jokali in so ob prisotnosti matere malo raziskovali; in nenavezani otroci, ki še niso izoblikovali tipičnega vedenja do matere in okolice. Ainsworthova je kasneje svoja opažanja ponovila še pri projektu Baltimore, kjer je izvedla znan poskus Tuja situacija. Poskušala je natančneje opredeliti karakteristike odnosa mati-otrok. Postavke, ki jih je opazovala, so bile: čas hranjenja, strmenje otroka v mater in obratno, jok, prihod in odhod otroka, nivo raziskovanja, ubogljivost, bližnji telesni stik, vedenje ob približevanju in čustveni stik.

Danes poznamo štiri stile navezanosti – varna navezanost, preokupirana oziroma ambivalentna navezanost ter izogibajoča in dezorganizirana navezanost.

Zgodnji razvoj otroka opisuje tudi Erikson s svojo psihosocialno teorijo, ki vsebuje progresivno razreševanje konfliktov med potrebami in socialnimi zahtevami. Razrešen konflikt v posameznem stadiju je odvisen od interakcije med posameznikom in socialnim okoljem (Berger, 1994, po Batistič-Zorec, 2014). V prvi fazi, ki poteka do prvega leta, opisuje *bazično zaupanje nasproti bazičnemu nezaupanju,* v katerem se otrok uči, kako mater pripraviti do tega, da mu da, kar želi. Najpomembnejši socialni odnos v tem stadiju je mati oziroma substitut matere (Praper, 1996). Če so njegove potrebe izpolnjene, otrok razvija gotovost vase, izkazuje naklonjenost in razvije temeljno zaupanje (Batistič-Zorec, 2014).

Odzivnost matere je jedro čustvene inteligence in sposobnosti za razvoj in ohranjanje odnosov. Več kot ima otrok stikov z materjo, hitreje in močneje bosta spletla pozitiven odnos. Organsko zelo odzivnega otroka pa lahko neodzivno okolje spremeni v neodzivnega preko stalne izpostavljenosti pretiranemu stresu. Neodzivna mati povzroči, da se otrok počuti nezaželenega, kar kasneje vpliva na njegov občutek nepripadnosti in zavrženosti. Tak otrok bo največkrat razvil ne-varen stil navezanosti: izogibajoč, ambivalenten (Cooper in Murray, 1992; Poljanec in Simonič, 2008; Warfa, Harper, Nicolais in Bhui, 2014) ali dezorganiziran (Beebe, 2014).

Beatrice Beebe (2014) je na podlagi štirimesečnih otrok preko video mikroanalize gibov (moment-to-moment communication) matere in otroka ugotovila, da matere svoj stil navezanosti posredno prenesejo na otroka. Mati, ki je dezorganizirano navezana v odraslosti, bo svoje nerazrešene travme, zlorabo ali žalovanje posredno prenesla na otroka, ta pa bo prav tako razvil dezorganiziran stil navezanosti.

Značilnosti, ki jih kažejo štirimesečni otroci, ki so kasneje razvili dezorganiziran stil navezanosti, so neskladno čustvovanje (istočasno smeh in cviljenje), nestabilno odzivnost na gibe matere, daljši odmik pogleda od matere. Matere so se po drugi strani počasneje odzivale na otroka in se ob otrokovem stresu odzivale s smehom ali presenečenjem (otrokov stres so zanikale).

5 VPLIV POPORODNE DEPRESIJE NA OTROKOV RAZVOJ

5.1 Poporodna depresija in negativne posledice na otroka

V primeru, da je mati v času oblikovanja diadnega odnosa z otrokom depresivna, bo v najboljšem primeru zmožna poskrbeti za otrokove fiziološke potrebe. Zelo težko pa se bo odzivala s primernim tonom glasu, izrazom na obrazu in načinom strmenja (Stern, 2002). Bohlin in Hagekull (1987) menita, da je bolj kot količina stikov z otrokom pomembna kvaliteta le-teh, saj se materino vedenje v nosečnosti in v obdobju puerperija posredno preslika na otroka. Ko je čustvena izmenjava v diadi mati-otrok neuglašena in ne teče v dobrem ritmu ali pa mati otroka preprosto ne razume in ga ne more sprejeti kot del sebe, je lahko neustrezna diada ena najnevarnejših situacij za psihični razvoj otroka (Praper, 1992).

Stern (1985) je opisal poseben tip odnosa med depresivno materjo in otrokom. Gre za t. i. »kompleks mrtve matere« (Žvelc, 2011; Tisovec, 2016). Mati je po rojstvu otroka fizično prisotna, psihično in čustveno pa odsotna ter tako nezmožna interakcije z otrokom in izmenjave čustev (Tisovec, 2016). Otrok se na tak tip odnosa prilagodi tako, da želi mater »oživeti in vdihniti življenje« (Žvelc, 2011, str. 214).

Speranza, Ammaniti in Trentini (2006) menijo, da so otroci mater s poporodno depresijo do petkrat bolj izpostavljeni razvoju patoloških motenj v primerjavi z otroki zdravih mater. Dojenčki mater s poporodno depresijo so v prvem letu življenja bolj otopeli, se težje pomirijo, se manj odzivajo na okolico, kažejo manj pozitivnih čustev, so bolj tihi in razdražljivi ter manj aktivni (Weinberg in Tronick, 1998; Cohn in Tronick, 1989, po Speranza idr., 2006). Kasneje se to kaže skozi manjšo povezanostjo z materjo (ambivalenten stil navezanosti) in nezainteresiranostjo za okolico. Otroci depresivnih mater imajo ob rojstvu nižjo telesno težo in se kasneje počasneje telesno razvijajo (Mougharbel, 2015).

Cugmasova (1998) meni, da so ravno depresivne matere najpogosteje neobčutljive za otrokove potrebe, so kaznovalne in menijo, da je njihov otrok nadležen in zahteven. Pogosto se otroci teh mater zatečejo k samotolažilnim navadam – sesanje, guganje ipd. (Papalia in Olds, 1995, po Cugmas, 1998). Otroci depresivnih mater se kasneje fizično umikajo materi, pozornost želijo pritegniti na negativen način (brcanje, metanje igrač), so manj osredotočeni, se težje zaposlijo z igro, kažejo več negativnih čustev do matere in bližnjih, so bolj razdražljivi, več jočejo in kažejo znake protestiranja, iščejo manj očesnega kontakta, so manj vokalni, se začnejo kasneje jezikovno razvijati, imajo manj energije in ne kažejo toliko zanimanja za raziskovanje okolice (Cugmas, 1998; Stern, 2002).

Warfa, Harper, Nicolais in Bhui (2014) menijo, da so posledice poporodne depresije toliko večje, če je le-ta v okolju z nižjim socialno ekonomskim statusom in je dlje trajajoča. Pri dalj trajajoči poporodni depresiji lahko zaradi pomanjkanja ustrezne interakcije z mamo postane depresiven tudi otrok, njegova neodzivnost pa podaljša materino okrevanje. V takih primerih pogosto skrb za otroka prevzame oče ali drug skrbnik, otrokovo odzivanje na depresivno mater pa je odvisno tudi od njegovega temperamenta (Papalia in Olds, 1995, po Cugmas, 1998; Perfetti, Clark in Fillmore, 2004; Warfa, Harper, Nicolais in Bhui, 2014).

Nekateri avtorji (Goldfarb, 1947, Spitz, 1945, Steuer, 1994, po Batistič-Zorec, 2014) menijo, da poporodna depresija vpliva tudi na druga področja otrokovega razvoja – slabši govorni razvoj in nižji količnik inteligentnosti (Batistič-Zorec, 2014). V odraslosti imajo otroci depresivnih mater več težav z vzpostavljanjem zdravih partnerskih in medosebnih odnosov ter izražanjem in prepoznavanjem čustev (aleksitimija) (Weinberg in Tronick, 1998; Beck, 1998, po Warfa idr., 2014).

5.2 Vpliv poporodne depresije na otrokov kognitivni, čustveni in socialni razvoj

Cooper in Murray (1992) menita, da ima poporodna depresija vpliv na otrokov kognitivni in čustveni razvoj. Primerjala sta 18-mesečne otroke zdravih mater in mater s poporodno depresijo ter ugotovila, da so se otroci mater s poporodno depresijo (predvsem dečki) slabše odrezali na Piagetovi lestvici spoznavnega razvoja, predvsem na postavki stalnosti objekta, ki je merilo za razvitost otrokovih mentalnih reprezentacij (Weinberg in Tronick, 1998; Cooper in Murray, 1992). Za razvoj kognitivnih sposobnosti in navezanosti je namreč najpomembnejša ustrezna ritmična koordinacija, ki jo otrok doseže preko ustreznih socialnih stikov, primarno z materjo in nato še z drugimi. Preko ritmičnih vzorcev se otrok nauči predvidevati vedenja drugih in procesirati pomembne informacije. Pri depresivnih materah do te usklajene ritmične koordinacije ne pride, ali pa je le-ta okrnjena (Jaffe idr., 2001).

Motnje v čustvenem razvoju se pri 18-mesečnih otrocih kažejo predvsem skozi moteno interakcijo z materjo – otrok kaže manj pozitivnih čustev, ni skoncentriran, se bolj negativno odziva na materino prisotnost in je manj družaben do tujcev. Matere otrok so prav tako poročale o vedenjskih težavah otrok, in sicer težavah s spanjem in hranjenjem, višji separacijski anksioznosti in čustvenih izbruhih (temper tantrum) (Cooper in Murray, 1992; Lefkovics, Baji in Rigó, 2014).

Vpliv poporodne depresije na otrokov kognitivni in čustveni razvoj so s pomočjo Edinburške poporodne depresivne lestvice (EPDS) in MBI-lestvice (Mother-to-Infant Bonding Scale) na japonski populaciji žensk raziskali tudi Ohoka idr. (2014). Vključenih je bilo 389 žensk,

ki so štirikrat med nosečnostjo in v času puerperija rešile lestvici EPDS in MBI. Našli so pozitivno korelacijo med slabim psihičnim počutjem ženske (v času nosečnosti in šest tednov po porodu) in težjim vzpostavljanjem stabilnega odnosa z otrokom. Prav tako so povezanost našli med slabim psihičnim počutjem ženske in motenim kognitivnim in čustvenim razvojem otroka ter s stilom navezanosti, ki ga je kasneje razvil otrok.

V nasprotju s to raziskavo pa so Evans idr. (2012) z longitudinalno študijo ugotovili, da poporodna depresija ne pusti dolgoročnih posledic pri otrokovem kognitivnem razvoju. Spremljali so ženske s poporodno depresijo, ki so jo identificirali z EPDS-vprašalnikom in nato v razponu osmih let testirali otroke z IQ-vprašalnikom. Rezultati so pokazali, da poporodna depresija nima dolgoročnega vpliva na otrokov kognitivni razvoj. Menijo, da so posledice pri kognitivnem razvoju otroka večje, če je ženska s poporodno depresijo hkrati nagnjena še k bolj antisocialnemu vedenju ali pa je že pred rojstvom doživela depresivno epizodo. Zaključijo, da je za motnje v otrokovem kognitivnem razvoju pomembnejša intenzivnost in trajanje depresije matere kot pa čas pojava depresivne epizode.

Andersonova (2009) je v raziskavi na otrocih mater s poporodno depresijo ugotovila, da so matere zaradi lastne anksioznosti do otrok manj občutljive, kar posledično vpliva na otrokove socialne sposobnosti. Otrok se socialnih veščin uči preko modelnega učenja, ki se začne že nekje okoli tretjega meseca starosti. Otrokom so pokazali strašljivo masko in ugotovili, da se otroci depresivnih mater bolj negativno odzivajo na negativne dražljaje oziroma spremembo v okolju. Zdrava mati je bila bolj usklajena z otrokom – vedela je, kako ga stimulirati, ga potolažiti in mu organizirati okolje, posledično pa se je otrok prej pomiril, se je lažje potolažil in ni bil tako tesnoben. Otroci depresivnih mater pa ob sebi niso imeli pomirjujoče matere, preko katere bi se naučili premagovati strah in so zato kasneje v življenju bolj nagnjeni k razvoju socialne anksioznosti (Anderson, 2009).

Sicer pa Cooper in Murray (1998) menita, da je preventiva in čim hitrejše odkrivanje motnje poporodne depresije bistvenega pomena pri reševanju problematike. S tem se najučinkoviteje izognemo negativnim posledicam, ki jih ima lahko poporodna depresija na kasnejše otrokovo psihično in fizično zdravje.

6 SKLEPI

V zaključni nalogi sta predstavljena problematika poporodne depresije in najzgodnejši odnos med materjo in otrokom. Želela sem raziskati predvsem negativne posledice, ki jih lahko ima poporodna depresija na otrokov kasnejši čustveni, kognitivni, osebnostni in socialni razvoj. Namen naloge je bil pregledati relevantno literaturo in pridobiti znanje o nastanku poporodne depresije, načinih prepoznavanja in dejavnikih tveganja, nato pa še o pomembnosti pozitivne začetne interakcije med materjo in otrokom preko teorije objektnih odnosov, teorije navezanosti in rezultatov novejših znanstvenih raziskav.

Poporodno depresijo bi lahko zaradi pogostosti pojavljanja zlahka uvrstili med bolj poznana področja psihološke in zdravstvene prakse. Uveljavilo se je kar nekaj opredelitev poporodne depresije, vendar enotne zaradi raznolikosti znakov in časovnega okvirja, v katerem se pojavi, še ni. Poporodna depresija se namreč sprva kaže kot huda utrujenost in v osnovi kaže podobne simptome kot ostale oblike depresije – znižano razpoloženje, zmanjšana energija, manjša sposobnost za uživanje, anhedonija, pomanjkanje samozavesti, izguba telesne teže, nemir, upad zanimanja, vznemirjenost, tesnobnost, neodzivnost na okolico, razdražljivost, občutki krivde idr. Razpon simptomov je velik in raznolik, zato je ključnega pomena pravočasno in ustrezno prepoznavanje motnje. V praksi se je za najbolj učinkovito metodo prepoznavanja izkazal klinični intervju s psihiatrom s samoocenjevalno lestvico ali strukturiran klinični intervju z ocenjevalno lestvico opazovalca. Od ocenjevalnih lestvic je v najpogostejši uporabi Coxova (1987) Edinburška poporodna depresivna lestvica (EPDS), ki se nanaša na čustva, razpoloženje, spanje, strah, obremenjevanje s stvarmi in samomorilne misli.

Veliko avtorjev je čas namenilo raziskovanju sprožilnih dejavnikov, ki vplivajo na nastanek poporodne depresije. Nekateri menijo, da je le-ta posledica motenj v delovanju HPA-osi, delovanju žleze ščitnice, padcu nivojev estrogena in progesterona in pomanjkanju vitamina B in omega-3 maščobnih kislin. Po drugi strani pa je mnogo bolj raziskan in z dokazi podprt psihosocialni vidik nastanka poporodne depresije. V grobem lahko sprožilne dejavnike zberemo in razdelimo v biološke, osebnostne in socialne dejavnike.

Tracy (2005) razlaga poporodno depresijo skozi oči evolucijske psihologije. Poporodna depresija je adaptacija − specializirana prilagoditev na razmere oziroma nekakšno orodje, da od partnerja in okolice vzbudi pozornost, da ji pomagajo pri skrbi za otroka. Tako si ženska poveča možnost lastnega preživetja, prav tako pa investira v potomca.

V prvem letu življenja otrok s pomočjo zunanjih stikov raste tako fizično kot psihično, in tako prehaja od popolne odvisnosti od drugih v smeri samostojnega posameznika. V tem

obdobju se postavijo temelji za razvoj njegovega psihičnega aparata. Najpomembnejša oseba v prvem letu otrokovega življenja je tako ravno mati, preko katere bo oblikoval prve predstave o sebi, drugih in svetu. Zgradi se t. i. objektni odnos, pri čemer igra mati vlogo objekta – osebe, preko katere otrok zgradi lasten psihični aparat.

Winnicott (1960) je eden izmed bolj prepoznavnih avtorjev na tem področju. Meni, da je poslanstvo matere nega, ki bo otroku pomagala izoblikovati zdravo osebnost. Pravi, da dojenček vedno obstaja le v paru z materjo, v njunem odnosu pa oba iščeta ravnovesje med otrokovo samostojnostjo in odvisnostjo od materine nege. Otrok je sprva povsem odvisen od materine nege in je sam nezmožen navezovati stike navzven, kasneje že zdrži krajše separacije in ne nazadnje postaja vedno bolj neodvisen in je tako sposoben samostojno vstopiti v zunanji svet.

Da se lahko otrok razvije v psihično zdravega posameznika, pa je bistvenega pomena, da se tudi mati ustrezno odziva na otrokove potrebe – temu pravimo primarna materinska okupacija. »Dovolj dobra mati« bo znala vzpostaviti ustrezno čustveno vez z otrokom, na njegove (sprva le fiziološke) potrebe pa bo uglašena.

Stern (2002) meni, da ima vsaka mati unikaten pristop do svojega otroka. Opiše tip neodzivne matere, ki na otrokove potrebe ni uglašena. Meni, da lahko tak nestalen in nestanoviten odnos matere pri otroku povzroči občutek tesnobnosti, povezane s strahom pred zapustitvijo. Otrok tako ne razvije jasne meje med sabo in drugimi, kar lahko kasneje vodi v nastanek resnejše psihične motnje, npr. shizoidne, narcistične ali mejne osebnostne strukture. Moten zgodnji objektni odnos prav tako poveča tveganje za razvoj odvisnosti v odraslosti.

Zgodnji odnos med materjo in otrokom pa lahko pogledamo tudi skozi perspektivo teorije navezanosti. Navezanost pomeni trajajoč intimen emocionalen odnos in ravno prva navezanost je osnova za vse nadaljnje navezanosti, ki jih bo oseba v življenju oblikovala. Če otrok do približno drugega leta starosti ne ustvari odnosa navezanosti, bo imel vse življenje težave pri vzpostavljanju čustvenih odnosov z drugimi. Bowlby (1988) kot najbolj znan predstavnik teorije navezanosti meni, da ima vsak posameznik v začetku enako predispozicijo za oblikovanje univerzalne stopnje navezanosti. Kasneje bo od kakovosti materine nege in odzivnosti odvisno, ali bo otrok razvil varen ali negotov stil navezanosti.

Neustrezna diada mati-otrok je lahko ena najnevarnejših in sprva mogoče bolj spregledanih situacij, ki lahko pustijo negativne posledice v psihičnem zdravju otroka. Otroci mater s poporodno depresijo so tako veliko bolj izpostavljeni razvoju patoloških motenj. V prvem letu življenja so otroci huje prizadetih žensk bolj otopeli, se težje pomirijo, so manj odzivni

na okolico, kažejo manj pozitivnih čustev, so bolj tihi in razdražljivi. Kasneje se moten odnos kaže skozi ne-varen stil navezanosti (predvsem izogibajoč in ambivalenten), nižjo telesno težo in počasnejšim telesnim razvojem. Poporodna depresija pa vpliva tudi na druga področja otrokovega razvoja – slabši govorni razvoj in motnje z vzpostavljanjem zdravih partnerskih in medosebnih odnosov ter aleksitimijo. Ohoka idr. (2014) so našli pozitivno korelacijo med poporodno depresijo in slabšim kognitivnim razvojem, po drugi strani pa Evans idr. (2012) menijo, da poporodna depresija pusti posledice na otrokovem kognitivnem razvoju le v kombinaciji z materinim antisocialnim vedenjem in depresivnimi epizodami že pred nosečnostjo.

Otroci mater s poporodno depresijo imajo slabše rezultate na Piagetovi lestvici spoznavnega razvoja, na postavki stalnosti objekta, ki je merilo za razvitost mentalnih reprezentacij. Znane so tudi motnje v čustvenem razvoju, npr. otrok kasneje kaže manj pozitivnih čustev, ni skoncentriran in je manj družaben. Lahko se pojavijo druge vedenjske težave, čustveni izbruhi in socialna anksioznost.

Rojstvo in materinstvo je za bodočo mater velika preizkušnja. Pomembno je, da se ženskam predstavi čim širši obseg informacij, ki bi jim lahko koristile pri prepoznavanju simptomov in znakov poporodne depresije. Zdravstveno in strokovno osebje lahko z odprtim odnosom do problematike in strokovnim znanjem pomaga ženskam, ki jih je mogoče strah spregovoriti o stiski ali pa se bojijo negativnega odziva s strani partnerja ali družine. Menim, da je ključnega pomena destigmatizacija poporodne depresije, ker to posledično pomeni otrokovo (bodoče) psihično zdravje, ki pa se tiče tudi širšega javnega duševnega zdravja.

7 LITERATURA IN VIRI

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anderson, P. (2009). Postpartum depression, anxiety, may affect infant development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48,* 919−927.

Auerbach, J. S. in Blatt, S. J. (1997). Mental representation in personality development psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology, 1 (4),* 351−374.

Batistič Zorec, M. (2014). *Teorije v razvojni psihologiji.* Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *JOGNN, 31(4),* 394−402.

Beebe, B. (2014). My journey in infant research and psychoanalysis: microanalysis, a social microscope. *Psychoanalytic Psychology, 31(1),* 4−25.

Beebe, B., Lachmann, F. in Jaffe, J. (1997). Mother-Infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues, 7(2),* 133−182.

Bohlin, G. in Hagekull, B. (1987). »Good mothering«: maternal attitudes and mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal, 8(4),* 352−363.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic books.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28,* 759−775.

Burton, N. (2010). *Psychiatry 2nd Edition*. University of Oxford: Wiley-Blackwell.

Chaudron, L. H. (2003). Postpartum depression: what pediatrics need to know. *Pediatrics in Review, 24,* 154−161.

Cooper, P. J. in Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ, 316,* 1884−1886.

Cugmas, Z. (1998). *Bodi z menoj, mami: razvoj otrokove navezanosti.* Ljubljana: Produktivnost, Center za psihodiagnostična sredstva.

Djerzić, A. in Campolunghi Pegan, P. (2005). Tridesetletno spremljanje bolnic s poporodnimi duševnimi motnjami. *Medicinski razgledi, 44,* 119−137.

Drglin, Z. (2003). Materinstvo onkraj sanj: stiske žensk po porodu. *Zdrav Var, 42,* 25−33.

Erić, L. (2012). *Psihodinamična psihiatrija V: Somatomorfne, disociativne in razpoloženjske motnje.* Ljubljana: Hermes IPAL.

Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L. in Stein, A. (2012). The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(6),* 632−640.

Gaulin, S. J. in McBurney D. (2004). *Evolutionary Psychology.* Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.

Hagen, E. H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior, 20,* 325−359.

Hrovat Kuhar, E. (2010). *Ko dvojina postane množina.* Ljubljana: Mladinska knjiga.

Identifying and treating maternal depression: strategies & considerations for health plans (2010), pridobljeno septembra 2016 na http://www.nihcm.org/pdf/FINAL_MaternalDepression6-7.pdf

IVZ. (2008). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: Avstralska modifikacija, šesta izdaja.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pridobljeno avgusta 2016 na http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf

Kabza, H. in Meyendorf, R. (1998). *Depresije in strah: zdravljenje, zdravila, samopomoč.* Logatec: Tone Tomšič.

Kim, P., Mayes, L., Feldman, R., Leckman, J. F. in Swain, J. E. (2013). Early postpartum parental preoccupation and positive parenting thoughts: relationship with parent-infant interaction. *Infant mental health journal, 34(2),* 104−116.

Klein, M. (1988). *Envy and gratitude: and other works 1946−1963*. London: Virago.

Koprivnik, P. in Plemenitaš, A. (2009). Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? *Zdravniški vestnik, 78,* 261−264.

Kompan Erzar, K. (2006). Vloga primarnih odnosov in navezanosti v razvoju posameznika. *Bogoslovni vestnik, 66(1),* 137−150.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S, Crown, C. L., Jasnow, M. D., Rochat, P. in Stern, D. N. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monographs of The Society for Research in Child Development, 66(2),* 1−149.

Lefkovics, E., Baji, I. in Rigó, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant mental health journal, 35(4),* 354−365.

Ličina, M., (1999). *Duševne motnje v nosečnosti, puerperiju in laktaciji.* V: Romih, J. in Žmitek, A. ur. *Na stičiščih psihiatrije in ginekologije.* Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica. (73−83).

Ličina, M. (2011). *Poporodne duševne motnje.* Ljubljana: Littera Picta.

Lorenčič, D. (2011). Najzgodnejši odnos med otrokom in materjo skozi prizmo psihoanalitske teorije. *Psihološka obzorja, 20 (2),* 107−125.

Mougharbel, F. (2015). The role of omega-3 unsaturated fatty acids in postpartum depression: a systematic review and narrative synthesis, pridobljeno septembra 2016 na https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/32757/1/Mougharbel_Fatima_2015_thesis.pdf

Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 543−561.

Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., Aleksic, B., Ishikawa, N., Furumura, K. in Ozaki, N. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68,* 631−639.

Pavšič Mrevlje, T. (2006). Materinstvo, objektni odnosi in trajanje dojenja. *Psihološka obzorja, 15(4),* 67−84.

Payne, S. in Walker, J. (2002). *Psihologija v zdravstveni negi.* Ljubljana: Educy.

Pederson, S. H., Poulsen, S. in Lunn, S. (2013). Affect regulation: Holding, containing and mirroring. *The International Journal of Psychoanalysis, 95,* 843−864.

Perfetti, J., Clark, R., Fillmore, C. (2004). Postpartum depression: Identification, screening, and treatment. *Wisconsin Medical Journal, 103 (6),* 56−63.

Poljanec, A. in Simonič, B. (2008). Starševstvo za tretje tisočletje v luči teorije navezanosti. *Socialno delo, 47(3/6),* 241−248.

Praper, P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija.* Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.

Praper, P. (1992). *Tako majhen, pa že nervozen!?: predsodki in resnice o nevrozi pri otroku.* Nova Gorica: Educa.

Pšeničny, A. (2010). Težave zaznamovane v otroštvu. *Hišni zdravnik,* 48−51.

Radovanovič, M. in Ličina, M. (1995). Poporodne duševne motnje s poudarkom na poporodni depresivni simptomatiki. *Medicinski razgledi, 34,* 245−261.

Robertson Blackmore, E., Chaudron, L. H., (2012). Postpartum depression: recognition and intervention. *Journal of clinical outcomes management, 19(3),* 133−142.

Skočir, A. P. (2005). Glavne značilnosti poporodne depresije. *Obzornik zdravstvene nege, 39,* 119−129.

Speranza, A. M., Ammaniti, M. in Trentini, C. (2006). An overview of maternal depression, infant reactions and intervention programmes. *Clinical Neuropsychiatry, 3(1),* 57−68.

Stern, D. (2002). *The first relationship: infant and mother.* Cambridge: Harvard University Press.

Stuchbery, M., Matthey, S. in Barnett, B. (1998). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologyy, 33(11),* 483−490.

Tisovec, M. (2016). *Obvladovanje poporodne depresije pri mladih materah v procesu relacijske družinske terapije* (Doktorska disertacija), pridobljeno septembra 2016 na https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=84073

Tracy, M. (2005). Postpartum depression: An evolutionary perspective. *Nebraska Anthropologist, 12,* 93−114.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis, 41,* 585−595.

Winnicott, D. W. (2010). *Otrok, družina in svet zunaj.* Ljubljana: UMco.

Warfa, N., Harper, M., Nicolais, G. in Bhui, K. (2014). Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: a systematic review. *BMC Psychology 2(56),* 1−11.

Weinberg M. K. in Tronick, E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics, 102(5),* 1298−1304.

Žvelc, G. (2001). Odvisnost kot poskus samoregulacije (sodobne psihoanalitične teorije odvisnosti). *Psihološka obzorja, 10(3),* 57−74.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji.* Ljubljana: IPSA.