

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

2018

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
PERINATALNE DUŠEVNE MOTNJE, NJIHOVO
ZDRAVLJENJE IN VPLIV NA OTROKA

REA RUS

RUS

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Perinatalne duševne motnje, njihovo zdravljenje in vpliv na
otroka**

(Perinatal mental disorders, their treatment and influence on the child)

Ime in priimek: Rea Rus

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, junij 2018

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Rea RUS

Naslov zaključne naloge: Perinatalne duševne motnje, njihovo zdravljenje in vpliv na otroka

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 41

Število referenc: 75

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: Nosečnost, duševne motnje, vpliv na otroka, farmakoterapija, psihoterapija

Izvleček: Nosečnost, porod in materinstvo predstavljajo veliko življenjsko prelomnico, kjer se (bodoče) matere srečujejo s številnimi novimi zahtevami. Čeprav gre za obdobje blagostanja in dobrega počutja, nekatere posameznice doživljajo občutke žalosti, strahov, dvomov, tesnobe, nemira, jokavosti ali jeze, ki se lahko razvijejo v resno simptomatiko.

V perinatalnem ali obporodnem obdobju so najpogostejše motnje razpoloženja (ponavljajoča se depresivna motnja, bipolarna afektivna motnja, poporodna otožnost in poporodna depresija), anksiozne motnje (panična motnja, obsesivno-kompulzivna motnja, posttravmatska stresna motnja, generalizirana anksiozna motnja ter tokofobija) in poporodna psihoza.

Nezdravljene, bodisi zaradi neprepoznanih simptomov ali skrbi o učinkih zdravljenja, imajo kratkoročne in dolgoročne škodljive učinke na mater ter otroka. V splošnem povzročajo funkcionalno oslabitev matere, ovirajo razvoj ljubečega in skrbnega odnosa med materjo ter otrokom in imajo neugoden vpliv na otrokov fizični, socialni, čustveni, vedenjski ter kognitivni razvoj.

Zdravljenje perinatalnih duševnih motenj lahko poteka s psihoterapevtskimi intervencijami, v kolikor pa simptomi duševnih motenj med nosečnostjo zahtevajo takojšnje in hitro delujoče zdravljenje, predpišemo zdravljenje z zdravili, pri čemer v izogib teratogenosti ter toksičnosti upoštevamo nekatere ukrepe varnega jemanja zdravil.

Key words documentation

Name and SURNAME: Rea RUS

Title of the final project paper: Perinatal mental disorders, their treatment and influence on the child

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 41

Number of references: 75

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: Pregnancy, mental disorders, influence on the child, pharmacotherapy, psychotherapy

Abstract: Pregnancy, labour and motherhood present a big turning point in life that bring new demands in the lives of mothers (-to-be). Even though this is a period of welfare and well-being, some experience the feelings of sadness, fears, doubts, anxiety, uneasiness, weepiness or anger that can all develop into serious symptoms.

The most common mood disorders (recurrent depressive disorder, bipolar affective disorder, postpartum blues and postpartum depression) during the perinatal period, or the period around childbirth, are anxiety disorders (panic disorder, obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder and tokophobia) and postpartum psychosis.

The disorders that have not been cured — either because of the unrecognized symptoms or because of the worries about the effects of the treatment — can have short-term and long-term harmful effects on a mother and a child. In general, they cause functional impairment of a mother, hinder the development of a loving and caring relationship between a mother and a child and have an unpleasant influence on a child's physical, social, emotional, behavioral and cognitive evolution.

Medical treatment of the perinatal mental disorders can be performed by psychotherapeutic interventions or treatment with medicines. The latter treatment is administered when the symptoms of the mental disorders during pregnancy demand immediate treatment with fast results and is performed in such a way that certain measures of taking medicines safely are taken into account, in order to avoid teratogenic or toxic effects.

ZAHVALA

Mentorju, doc. dr. Mateju Kravosu, se zahvaljujem za strokovno pomoč in usmerjanje pri pripravi zaključne naloge.

Moji najdražji družini, hvala za nazaj, za zdaj in za naprej! Hvala, da ste mi omogočili študij, me vsa leta tekom šolanja podpirali in verjeli vame. Zaradi vas sem danes takšna oseba, kot sem, in sem dosegla to, kar sem.

Hvala tudi atiju, zvezdi na nebu, ki me osvetljuje in spremlja na vsakem koraku.

Iskrena hvala tudi najbližjim prijateljicam in sošolkam za prijateljstvo v pravem pomenu besede, vzpodbudne besede, mnoge presmejjane dni ter nepozabne študentske trenutke.

*»Ker ni gore previsoke,
ni doline pregloboke,
ni reke preširoke ...«*

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	MOTNJE RAZPOLOŽENJA.....	3
	2.1 Ponavljajoča se depresivna motnja.....	3
	2.2 Bipolarna afektivna motnja	4
	2.3 Poporodna otožnost	5
	2.4 Poporodna depresija	5
3	ANKSIOZNE MOTNJE	7
	3.1 Panična motnja	8
	3.2 Obsesivno-kompulzivna motnja.....	9
	3.3 Posttravmatska stresna motnja.....	11
	3.4 Generalizirana anksiozna motnja.....	12
	3.5 Tokofobija	13
4	POPORODNA PSIHOZA.....	16
	4.1 Poporodna psihoza in samomorilnost matere.....	17
5	VPLIV MATERINIH OBPORODNIH STISK NA RAZVOJ OTROKA.....	18
	5.1 Fizična rast in razvoj.....	18
	5.2 Čustveni in socialni razvoj	18
	5.3 Vedenjske težave	18
	5.4 Kognitivni razvoj.....	19
	5.5 Navezanost	19
6	ZDRAVLJENJE PERINATALNIH DUŠEVNIH MOTENJ.....	20
	6.1 Farmakološke oblike zdravljenja.....	21
	6.1.1 Škodljivo delovanje zdravil	21
	6.1.2 Varnost zdravljenja.....	21
	6.1.3 Možnosti zdravljenja z zdravili	22
	6.1.4 Farmakoterapija in dojenje	23
	6.2 Psihoterapevtsko zdravljenje	24
	6.2.1 Psihodinamska individualna in skupinska terapija.....	25
	6.2.2 Vedenjsko-kognitivna terapija.....	25
	6.2.3 Družinska terapija.....	25
	6.2.4 Interpersonalna terapija	26
7	SKLEPI.....	27
8	LITERATURA IN VIRI.....	28

1 UVOD

Nosečnost predstavlja obdobje bioloških, fizioloških, socialnih in znotraj osebnostnih sprememb v življenju mnogih (bodočih) mater in je, poleg pubertete ter prehoda v menopavzo, stanje največjega tveganja za pojav najrazličnejših duševnih stisk, motenj in bolezni (Miller, 2001; Muzik, 2012; Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, 2014). Večina žensk doživlja nosečnost in materinstvo kot obdobje blagostanja ter dobrega počutja, vendar je lahko tudi čas čustvenih in psiholoških motenj, saj se ženska v tem času sooči s številnimi novimi zahtevami (Miller, 2001).

Perinatalne ali obporodne duševne motnje so izraz, ki označuje duševne motnje, prisotne v obdobju od nosečnosti do enega leta po porodu. Čas poporodnega obdobja je okviren – večina raziskovalcev ga opisuje kot obdobje od štirih tednov do treh mesecev po porodu (O'Hara in Wisner, 2014). Nekatere anksiozne in depresivne reakcije so sicer v nosečnosti pogoste ter prehodne; večina žensk tako iz tega obdobja preide brez večjih posledic, druge pa izkusijo epizode duševnih motenj, ki imajo neugoden vpliv ne le nanje, temveč tudi na njihove potomce in ostale člane družine (Miller, 2001).

Perinatalne duševne motnje so bile poznane že v času Hipokrata in od tedaj naprej se skozi stoletja omenjajo v strokovni literaturi. V 19. stoletju se je tako zanje kot tudi za ostale duševne motnje pojavilo večje zanimanje. Eden izmed glavnih in uglednih raziskovalcev na tem področju, Louis-Victor Marcé, je pred približno 150 leti objavil vrsto pomembnih študij primerov nosečnic, ki so trpele za različnimi duševnimi motnjami. Okoli 20. stoletja se je zanimanje preusmerilo na prevalenco, dejavnike tveganja, posledice za mater in otroka. Dandanes številne vladne organizacije, klinične institucije in strokovna združenja usmerjajo svoje vire, tako strokovne kot finančne, v oblikovanje smernic za prepoznavanje ter zdravljenje duševnih motenj v času nosečnosti, ki puščajo posledice ne le v življenju žensk, temveč tudi njihovih otrok in družin (O'Hara in Wisner, 2014).

Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je ocenjeno, da se vsako leto z duševno motnjo med nosečnostjo spopade 40 % žensk (približno 50 milijonov), od tega pri 15 % posameznic pride do resnejših in dolgotrajnih zdravstvenih zapletov, kot so anemije, prolaps maternice, fistule, vnetne bolezni v predelu medenice ter neplodnost. Poleg tega vsako leto več kot 529.000 žensk umre zaradi z nosečnostjo povezanih vzrokov (Astbury, 2009). V raziskavi, ki je bila izvedena v Sloveniji, je 21,7 % udeleženk med nosečnostjo poročalo o pomembno zvišani depresivni simptomatiki, 15,7 % jih je navajalo visoko stopnjo anksioznosti, nagnjenost k visoki anksioznosti pa je bila prepoznana pri 12,5 % nosečnic (Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, 2014).

Dosedanje raziskave so pokazale, da so najpogostejše motnje, ki se pojavljajo v obporodnem obdobju, motnje razpoloženja, anksiozne motnje in poporodna psihoza (Hriberšek, 2015; O'Hara in Wisner, 2014; Paschetta, Berrisford, Coccia, Whitmore, Wood, Pretlove in Ismail, 2014; Santvana, Shamsah, Firuza in Rajesh, 2005).

Namen zaključne naloge je raziskati in predstaviti najpogostejše duševne motnje, ki se pojavijo med ter po nosečnosti, in opisati njihov vpliv na plod ter otroka. Prav tako je naš namen opredeliti oblike metod zdravljenja v času nosečnosti s čim manjšim vplivom na nerojenega otroka.

2 MOTNJE RAZPOLOŽENJA

2.1 Ponavljajoča se depresivna motnja

Depresija je motnja razpoloženja, ki jo spremljajo značilne spremembe na čustvenem, spoznavnem in telesnem področju (Žvan, 1999). Opredeljuje jo prisotnost depresivnega razpoloženja in/ali anhedonije (izgube zadovoljstva), pri čemer je za diagnozo nujnih vsaj pet od naslednjih simptomov, prisotnih vsaj dva ali več tednov: potrtost, brezupnost, zaskrbljenost, občutek nemoči, pesimizem, nizko samospoštovanje, občutek krivde, brezvoljnost, izguba interesa, težave s koncentracijo, nesposobnost osredotočanja misli in motnje apetita ter spanca (Kalra in Einarson, 2006; Žvan, 1999).

Simptomi depresije se lahko med nosečnostjo pojavijo kadar koli in se razlikujejo glede na obliko, intenzivnost ter trajanje. Ker nosečnost spremljajo številne telesne spremembe, ki so prav tako značilne za depresijo (na primer nespečnost, sprememba telesne teže, utrujenost), se je za klinično oceno le-te pri nosečnicah pomembno osredotočiti predvsem na ostale simptome, kot so kognitivne in čustvene spremembe (občutki krivde, manjvrednost, potrtost, anhedonija, motnje spomina), ter z mero previdnosti na telesne simptome. Pri ženskah, ki se v nosečnosti spopadajo z depresijo, so od telesnih znakov najbolj pogosti zvišan srčni utrip, glavoboli, bolečine v trebuhu, izguba apetita in spolne disfunkcije (Carter, 2005; Kalra in Einarson, 2006).

Za ugotavljanje simptomov depresije med nosečnostjo obstaja več metod. Eden izmed najpogosteje uporabljenih presejalnih testov, ki jih nosečnice v sklopu pregledov rešijo, je Edinburški vprašalnik depresije, ki zajema deset postavk, in se nanaša na z depresijo in s tesnobo povezane simptome (O'Hara in Wisner, 2014; O'Keane, 2006). Rezultat se giblje med nič in trideset točk; če jih posameznica doseže nad deset, je napotena v nadaljnjo obravnavo ter na zdravljenje perinatalne depresivne ali anksiozne motnje. Doslednejši način ocenjevanja je strukturiran ali nestrukturiran klinični intervju, na podlagi katerega zdravnik oceni, v kolikšni meri je prisotna duševna motnja in kakšno metodo zdravljenja nosečnica potrebuje (O'Hara in Wisner, 2014).

Za pojavnost depresije pri ženskah obstaja veliko podatkov. V povprečju je njena prevalenca pri ženskah v razponu 10–25 % (Schrodt, 2007; Žvan, 1999). Med nosečnostjo se v prvem trimesečju pojavi pri približno 7,4 %, v drugem trimesečju pri 12,8 % in v tretjem trimesečju pri 12–17 % vseh posameznic (Carter, 2005; Kalra in Einarson, 2006). Na njeno pojavnost med nosečnostjo vplivajo številni dejavniki. Bolj ogrožene so posameznice, ki so epizode depresije prebolele že pred nosečnostjo (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016; Rich-Edwards, Kleinman, Abrams, Harlow, McLaughlin, Joffe

in Gillman, 2006). Dejavniki tveganja vključujejo tudi pomanjkanje partnerjeve in druge socialne podpore, nerazumevanje s partnerjem, nasilje v družini, negativni življenjski dogodki, nenačrtovana ali neželena nosečnost, fizično neugodje, zapleti v sedanji ali v pretekli nosečnosti (rojstvo mrtvega otroka, splav), slaba oskrba pred ter med nosečnostjo, nizka stopnja izobrazbe, nizek socialno-ekonomski status, samski stan, nizka samopodoba in zloraba različnih substanc (Biaggi idr., 2016; Kalra in Einarson, 2006).

Nezdravljena depresija ima, ne glede na vzrok, škodljive kratko- in dolgoročne učinke na zdravje tako matere kot novorojenčka (Carter, 2005). Vplivi nezdravljenih motenj nanj bodo predstavljeni v 5. poglavju.

Ena izmed najpomembnejših neugodnih posledic neustrezno zdravljene depresije med nosečnostjo je zvečano tveganje za nastanek poporodne depresije. Nadalje ima nezdravljena depresija med nosečnostjo vpliv na funkcionalno oslabitev (bodoče) matere. Slednja se kaže v zmanjšani produktivnosti pri delu, neprekinjeni in/ali dolgotrajni odsotnosti z dela in povečani uporabi zdravstvenih storitev. V primeru, da je nosečnica z depresivno motnjo obenem tudi edina zaposlena v družini, ima njena funkcionalna oslabitev posledice tudi na ostale člane družine in na upad ekonomskega stanja. Ker je izguba apetita eden od simptomov depresije, lahko, če motnja ni zdravljena, pride do neustreznega prehranjevanja in posledično do izgube telesne teže. Obstaja možnost, da z depresijo povezano pomanjkanje motivacije in samospoštovanja povzroči, da bodoče matere neustrezno skrbijo zase (Kalra in Einarson, 2006). Prav tako lahko depresija med nosečnostjo predstavlja večje tveganje za zlorabo psihoaktivnih substanc, za pojav samomorilnih misli in misli o poškodovanju nerojenega otroka, za izpostavljenost nasilju ter pri odločanju za splav (Carter, 2005; Kalra in Einarson, 2006; Nair, 2015).

2.2 Bipolarna afektivna motnja

Bipolarna afektivna motnja je pogosta in ponavljajoča se duševna motnja, za katero so značilna izmenjujoča se obdobja depresivnega razpoloženja ter brezvoljnosti (depresija) in zvišanega, lahko tudi razdražljivega razpoloženja (manija) (Boeker, 2009). Večinoma se prva epizoda bipolarne motnje pri ženskah pojavi med dvanajstim in tridesetim letom starosti, kar sovпада z njihovim reprodukcijskim obdobjem (Altshuler in Kiriakos, 2006; Epstein, Moore in Bobo, 2015).

Zaradi pomanjkanja raziskav je dokaj malo znanega o incidenci in vplivu bipolarne motnje, ki se na novo pojavi v nosečnosti. V primeru znane bipolarne motnje pred zanositvijo so med nosečnostjo in v poporodnem obdobju relapsi pogosti, še posebej, če je nosečnica prenehala jemati predpisana zdravila. V tem primeru se lahko hitro ponovno

razvije depresivna ali manična epizoda – nosečnice postanejo impulzivne, se neracionalno vedejo, imajo samomorilne težnje in misli, nanašajoče se na poškodovanje otroka ali na detomor, ne hodijo na redne preglede ter niso sposobne razumevanja osnovnih navodil. Pomanjkanje spanja v poporodnem obdobju prav tako vpliva na razvoj hipomaničnih in maničnih epizod, kar se odraža v neustrezni negi ter skrbi za novorojenčka (Altshuler in Kiriakos, 2006; Blejec in Strgulc, 2009).

2.3 Poporodna otožnost

Poporodna otožnost je prehodno stanje, značilno za prvi teden po porodu, ko mlade matere običajno spremljajo številna fizična neudobja in simptomi. Mednje prištevamo razdražljivost, tesnoba, zmanjšano koncentracijo, nespečnost, jokavost, čustveno labilnost, disfornično vedenje in pomanjkanje apetita. Vzrok za nastanek je lahko tudi hitra sprememba ravni hormonov (Epperson in Ballew, 2006; Hriberšek, 2015; O'Hara in Wisner, 2014; Ryan, 2005).

Poporodna otožnost se pojavi pri 26–85 % vseh nosečnic in izzveni v desetih do dvanajstih dneh po porodu. V primeru, da le-ta traja več kot dva tedna, predstavlja enega izmed največjih dejavnikov tveganja za razvoj poporodne depresije (Epperson in Ballew, 2006; O'Hara in Wisner, 2014; Thurgood, Avery in Williamson, 2009).

Bistvena razlika med poporodno otožnostjo in poporodno depresijo je v kratkotrajnosti prisotnih simptomov ter v tem, da poporodna otožnost ne ovira materinega delovanja, zaradi česar ne zahteva posebnega zdravljenja. Zadostno zdravljenje v prvi vrsti vključuje zagotavljanje podpore materi in poudarjanje pomembnosti časa za spanje ter počitek (Ryan, 2005; Thurgood, Avery in Williamson, 2009).

2.4 Poporodna depresija

Poporodna depresija je za razliko od poporodne otožnosti resnejši skupek simptomov, ki navadno nastopi dva do štiri tedne po porodu in lahko traja do šest mesecev (Lee in Chung, 2007; Schrodt, 2007).

Poleg običajnih simptomov za depresijo sta za poporodno depresijo značilni oslABLJENA čustvena vez matere do novorojenčka in manjša naklonjenost do ostalih družinskih članov. Nekatere matere spremljajo občutki ničvrednosti in obupa, prisotni so lahko dvomi o njihovi novi vlogi ter misli o nenamernem škodovanju svojemu otroku, ki lahko povzročijo občutek krivde in sramu. Prav tako prevladujejo telesni simptomi, kot so bolečine v ranah

in hrbtu, ki so posledica poroda, ter glavobol. Pri nekaterih so lahko prisotne misli o samopoškodovanju in samomoru (Lee in Chung, 2007).

V pomoč pri prepoznavanju poporodne depresije sta Edinburški vprašalnik depresije in Lestvica za presejanje na poporodno depresijo. Slednja je namenjena ocenjevanju simptomov pri mladih materah in vključuje 35 postavk. Vprašanja se nanašajo na težave s spanjem, prehranjevanjem, čustveno labilnostjo, kognitivno zavrtoostjo, tesnobo, s krivdo ali s sramom, s samomorilnimi namerami in z občutkom izgube identitete (Epperson in Ballew, 2006; Skočir, 2005).

Vzroki za nastanek poporodne depresije so kombinacija bioloških in psihosocialnih dejavnikov. Biološko ozadje nastanka poporodne depresije je verjetno znižanje koncentracij reproduktivnih hormonov. Med nosečnostjo so možgani izpostavljeni bistveno višjim koncentracijam estradiola in estrogena, ki nastajata v jajčnikih ter v placenti. Raven progesteronov in estrogenov se hitro zmanjša ter nekje v treh dneh po porodu vrne na normalno raven. Nevrobiološki učinek znižanja ravni ženskih spolnih hormonov se kaže v razvoju poporodne depresije (O'Hara in Wisner, 2014).

Prav tako tveganje za razvoj poporodne depresije predstavlja predhodni pojav blagih do hudih duševnih motenj (predhodni pojav depresije, depresija in tesnoba med nosečnostjo, poporodna otožnost) (Lee in Chung, 2007; O'Hara in Wisner, 2014). Poporodna depresija je pogosteje prisotna pri ženskah, pri katerih je bilo zdravljenje z antidepresivi pred ali med nosečnostjo prekinjeno (Schrodt, 2007). Ključni zaščitni dejavniki pred razvojem depresije so dobri socialni odnosi in podpora partnerja. Ranljivejše posameznice in njihove partnerje je bistveno informirati o pomembnosti socialne podpore – tako čustvene kot praktične, da lahko preprečijo nastanek depresije med ter po nosečnosti. Drugi, manj pomembni dejavniki tveganja so nizek socialno-ekonomski status, neželena nosečnost, stresorji med nosečnostjo, temperament dojenčka in samski zakonski stan (Lee in Chung, 2007; O'Hara in Wisner, 2014).

3 ANKSIOZNE MOTNJE

Anksiozne motnje so skupina duševnih motenj, ki jih združujejo mnogi podobni bolezenski znaki, med katerimi je najpogostejša anksioznost. Le-ta je običajna in uporabna obramba, ki deluje kot spoznavni, čustveni, fiziološki ter vedenjski odgovor organizma na trenutno ali prihajajočo nevarnost. Deluje tedaj, ko jo sproži pravi vzrok in doseže pravo stopnjo, ter traja ravno prav dolgo. Tekom tega procesa lahko nastanejo nenormalnosti in motnje (Kocmur, 1999).

Anksioznost v nosečnosti je pogosta in predstavlja odgovor na nove prilagoditve ter spremembe, ki jih to obdobje prinese. Ker nosečnost spremljajo številne hormonske spremembe, pride do spremenjenega čustvenega odziva in posledično se nekatere (bodoče) matere v tem obdobju spopadajo s prevelikimi skrbmi ter doživljajo hudo stopnjo anksioznosti. Pomembno vlogo pri razvoju anksioznih motenj med nosečnostjo in po njej imajo tudi številni psihološki dejavniki, družinska anamneza anksioznih motenj, osebna anamneza depresije ali anksioznosti, oslABLJENO delovanje ščitnice, nizek socialno-ekonomski položaj, slaba socialna podpora partnerja in drugih članov družine, nenačrtovana ali neželena nosečnost ter osebne značilnosti (nizka samopodoba, občutek krivde, perfekcionizem) (Abramowitz, Larsen in Moore, 2006; Anniverno, Bramante, Mencacci in Durbano, 2013).

Znaki anksioznosti, ki se pojavijo med nosečnostjo ali po njej, vključujejo:

- stalno skrb,
- živčnost,
- tesnoba,
- utrujenost,
- nemirne noge,
- pretirano pazljivost in skrb za otroka,
- skrajno labilnost,
- skrbi glede prihodnosti ali katastrofalnih dogodkov,
- nespečnost,
- motnje koncentracije, apetita, spanca,
- občutek izgube spomina,
- vrtoglavico, omotico,
- bruhanje, slabost,
- navale vročine ter potenje (Kocmur, 1999; Anniverno idr., 2013).

V perinatalnem obdobju so pogoste naslednje anksiozne motnje, ki bodo podrobneje opisane v nadaljevanju: panična motnja, obsesivno-kompulzivna motnja, (poporodna)

postravmatska stresna motnja, generalizirana anksiozna motnja in fobije (tokofobija). Kljub omejenemu času za pregled je pomembno, da strokovno osebje nosečnice aktivno povprašuje po kakršnih koli čustvenih težavah in jih ustrezno napoti v nadaljnjo obravnavo. V nasprotnem primeru imajo nezdravljene, neprepoznane in neobravnavane anksiozne motnje vidne posledice ne le na zdravje žensk ter nerojenega otroka, ampak predstavljajo tudi dejavnik tveganja za razvoj najrazličnejših poporodnih motenj (Abramowitz, Larsen in Moore, 2006; Vythilingum, 2008; Anniverno idr., 2013).

3.1 Panična motnja

Panično motnjo označujejo nepričakovani in ponavljajoči se napadi panike, spremljani z močnim strahom in/ali z vrsto telesnih občutkov, kot so kratka sapa, razbijanje srca ter omotica. Panični napadi nastanejo nenadoma (niso vezani na določeno situacijo), se docela razvijejo v nekaj minutah (do 10 minut) in nato v nekaj minutah do ene ure postopoma minejo (Kocmur, 1999; Abramowitz, Larsen in Moore, 2006).

Velikokrat se panični napad pojavi samo enkrat ali zelo redko in sam po sebi še ne pomeni panične motnje. Ko se napadi strahu in tesnobe skupaj s telesnimi občutki pojavijo nekajkrat v enem mesecu v okoliščinah, ki same po sebi niso nevarne ter niso povezane z znano ali pričakovano situacijo, je postavljena diagnoza panične motnje. Diagnostični kriteriji panične motnje vključujejo tudi anticipatorno anksioznost (strah pred naslednjim napadom), skrb glede posledic paničnega napada in spremenjeno vedenje zaradi paničnega napada (Abramowitz, Larsen in Moore, 2006).

Glavni simptomi panične motnje so:

- kratka sapa, občutek dušenja ali hiperventilacija;
- palpitacije, razbijanje srca ali pospešen pulz;
- potenje,
- tremor,
- bolečine in nelagodja v prsih,
- slabost ali bolečina v trebuhu,
- vrtoglavica, omotičnost,
- derealizacija ali depersonalizacija,
- otrplost ali mravljinčenje,
- navali vročine ali mraza,
- parestezije,
- strah pred smrtjo,
- občutek izgube nadzora nad samim seboj ali strah pred norostjo (Kocmur, 1999; Anniverno idr., 2013).

Ker nosečnost spremljajo številne fizične spremembe, ki se kažejo kot motnje srčnega ritma, potenje, omotica, kratka sapa in podobno, ženske med nosečnostjo pogosto napačno razumejo te sicer normalne fizične spremembe. Zaradi spremenjene kognitivne ocene in čustvene reakcije je perinatalno obdobje čas večjega tveganja za nastanek panične motnje. Pojavnost panične motnje je pri nosečnicah v povprečju ocenjena med 1,7 % in 2,7 %. Posameznice s predhodno anamnezo paničnih napadov so med nosečnostjo izpostavljene večjemu tveganju za njihovo ponovitev, medtem ko pri drugih pride do zmanjšanja ali odsotnosti simptomov in lahko njihovo vrnitev izkusijo po porodu. Velik vpliv na pojavnost panične motnje med nosečnostjo ima tudi predhodni obstoj kakršne koli anksiozne ali depresivne motnje (Abramowitz, Larsen in Moore, 2006; Anniverno idr., 2013; Güleri, Kaya, Gezginç, Kayhan, Çiçek, Sönmez in Uğuz, 2015).

3.2 Obsesivno-kompulzivna motnja

Obsesivno-kompulzivna motnja je relativno pogosta duševna motnja in predstavlja pomemben zdravstveni problem, saj vodi do poslabšanja kakovosti življenja, funkcionalne oslabitve ter invalidnosti na poklicnem in socialnem področju. Zanj so značilne ponavljajoče se vsiljive misli (obsesije) in ritualistična vedenja (kompulzije). Obsesije so opredeljene kot ponavljajoče in vztrajne misli, slike, ideje ali impulzi, ki povzročajo izrazito tesnobo ali stisko. Zanje je značilno, da niso preproste vsakdanje skrbi glede vsakodnevnih življenjskih težav. Pacient jih prepozna kot svoje lastne misli ali impulze in jih poskuša prezreti, zatreti ali nevtralizirati z drugo miselnostjo. Kompulzije predstavljajo ponavljajoča se vedenja ali duševna dejanja, ki so namenjena preprečevanju ali zmanjševanju tesnobe in stiske, ter predstavljajo odgovor na obsesivne misli ali ustaljena pravila (Kocmur, 1999; Anniverno idr., 2013).

Prevalenca obsesivno-kompulzivne motnje med nosečnostjo in po porodu je med 0,2 % ter 5,2 %. Pogosteje se pojavljajo simptomi obsesivno-kompulzivne motnje, in sicer pri 14–63,5 % žensk. Simptomi obsesivno-kompulzivne motnje morajo trajati najmanj dva tedna in pri materah v perinatalnem obdobju vključujejo:

- obsesije, povezane z otrokom;
- kompulzije, ki zmanjšajo strahove ter obsesije;
- strah pred tem, da ostanejo same z novorojenčkom;
- pretirano pazljivost in skrb za novorojenčka;
- izgubo apetita,
- občutek krivde, sramote ter
- pretresenost zaradi zgoraj navedenih stvari (Anniverno idr., 2013).

Akuten začetek obsesivno-kompulzivne motnje je lahko posledica hitrega padca ženskih hormonov estrogena in progesterona, kar povzroči disregulacijo serotonina. Serotonergični neurotransmitorski sistem je vpleten v nastanek motnje, saj snovi, ki povečajo dostopnost serotonina v sinaptični reži, olajšajo simptome, tiste, ki jo znižajo, pa simptome zvečajo. Ena izmed hipotez o izvoru motnje govori o hitrem zvečanju oksitocina ob koncu nosečnosti in po porodu, kar lahko povzroči poslabšanje simptomov ali pojav obsesivno-kompulzivne motnje. Med drugim dejavnike tveganja za razvoj motnje predstavljajo:

- prva nosečnost,
- drugo ali tretje trimesečje,
- prvi štiri tedni po porodu,
- število nosečnosti in rojstev živega otroka,
- starost matere,
- način poroda,
- spontani splav,
- gestacijski zapleti,
- družinska anamneza obsesivno-kompulzivne motnje,
- višja stopnja anksioznosti,
- obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja,
- izmikajoča se osebnostna motnja ter
- osebna anamneza depresije (Kocmur, 1999; Anniverno idr., 2013; House, Tripathi, Knight, Morris, Newport in Stowe, 2016).

Po porodu številne posameznice pogosto doživljajo obsesije, ki se nanašajo predvsem na skrb za otrokovo dobro počutje, v nekaterih primerih pa se pojavijo tudi agresivne obsesije, ki vključujejo strah pred nenamernim poškodovanjem novorojenčka na eni strani in misli o namernem poškodovanju novorojenčka na drugi strani. Nekateri primeri takšnih obsesij so:

- misel, da novorojenček med spanjem umre (sindrom nenadne smrti dojenčka);
- misel, da bi novorojenčka spustili z visokega mesta;
- misel, da bi novorojenčka položili v mikrovalovno pečico;
- misel, da bi se novorojenček zadušil in ga ne bi uspeli rešiti;
- misel, da bi namerno kričali na novorojenčka;
- misel, da bi novorojenčka ubili ter
- misel, da bi novorojenčka utopili med kopeljo (Anniverno idr., 2013).

Prav tako so pogoste kontaminacijske obsesije, ki se nanašajo na onesnaženje ali okužbo novorojenčka z mikroorganizmi, s kemikalijami ali z vnosom umazanije preko rok (pestovanja) ali dojenčkovih steklenic in živil. Najpogostejše kompulzije v poporodnem obdobju se nanašajo na čiščenje in preverjanje novorojenčka. Značilno je tudi izogibanje

ostrim predmetom, ki bi poškodovali novorojenčka, fizično izoliranje od novorojenčka, preverjanje njegovega dihanja, pretirano čiščenje in pranje ter izogibanje kopanja dojenčka. Takšna vedenja močno ovirajo mater in njeno sposobnost kakovostne skrbi za novorojenčka (Anniverno idr., 2013).

3.3 Posttravmatska stresna motnja

Posttravmatska stresna motnja predstavlja intenzivno tesnobno reakcijo na izjemno hud dogodek, ki ogroža življenje, ali na resno poškodbo posameznika ali njemu bližnje osebe. Ti dogodki vključujejo teroristične napade, naravne katastrofe, nesreče, fizično ali spolno nasilje, smrt bližnje osebe, vojne travme in mučenje. Značilno je, da posameznik dolgotrajno podoživlja travmatsko izkušnjo in ob tem doživlja intenziven strah ter občutke nemoči ali groze (Wijma, 2006; Anniverno idr., 2013).

Nekaterim ženskam porod predstavlja stresen in travmatski dogodek, saj vključuje tveganje za pojav različnih zapletov tako pri materi kot pri nerojenem otroku ali novorojenčku. Sama travmatska izkušnja poroda, dolgi popadki, huda bolečina in izguba nadzora med porodom predstavljajo stresorje, ki pri ženskah po porodu spodbudijo nastanek posttravmatske stresne motnje (Wijma, 2006; Anniverno idr., 2013; James, 2015).

Splošni simptomi posttravmatske stresne motnje vključujejo:

- tesnobnost in napade panike;
- ponavljajoče pretekle travmatične izkušnje skozi vsiljive spomine, podobe, misli;
- nočne more;
- izogibanje dražljajem, mislim, občutkom, krajem ter podrobnostim, povezanimi s travmatskim dogodkom;
- povečano razdražljivost, izbruhe jeze;
- težave s spanjem, koncentracijo;
- pretirano pazljivost in skrb;
- občutke derealizacije;
- depresijo;
- strah pred spolno intimnostjo ter
- negativna in pesimistična prepričanja o prihodnosti (Anniverno idr., 2013).

Simptomi posttravmatske stresne motnje se pojavijo pri 20–30 % posameznic, ki je doživelo travmatsko izkušnjo poroda. Pri približno 1,5–6 % posameznic se simptomi razvijejo v motnjo (Vossbeck Elsebusch, Freisfeld in Ehring, 2014).

Znaki motnje se pojavijo kmalu po porodu, lahko pa zakasnjajo tudi za več mesecev. Motnja najpogosteje nastane kot posledica najrazličnejših zapletov med ali po porodu, kot so nenačrtovan carski rez, srčni zastoj, poporodne krvavitve, nosečniška toksemija, prezgodnje rojstvo, uporaba vakuumskega ekstraktorja pri porodu, ročno odstranjevanje posteljice, neonatalna intenzivna nega novorojenčka ter občutki nemoči in/ali pomanjkanje socialne podpore med samim porodom. Dejavnike tveganja za razvoj motnje predstavljajo tudi starost matere ob rojstvu otroka, splošno počutje matere med nosečnostjo, nasilje v družini, spolno nasilje, predhodni neugodni reproduktivni dogodki (splav, zunajmaternična nosečnost, mrtvorojenstvo), anamneza duševnih bolezni, psihološko stanje v času poroda, način poroda, otrokovo stanje med nosečnostjo in po porodu ter pomanjkljiva skrb za psihološko in fizično zdravje matere po porodu (Wijma, 2006; Modarres, Afrasiabi, Rahnama in Montazeri, 2012; Anniverno idr., 2013; Vossbeck Elsebusch, Freisfeld in Ehring, 2014).

Pomembno je zavedanje, da imajo posamezniki s posttravmatsko stresno motnjo po travmatski izkušnji spremenjen pogled na svet, ki ga dojemajo kot nevaren, puščoben kraj, in so nezaupljivi do ljudi, ki jim želijo pomagati. Prav tako si prizadevajo osvoboditve izpod podob travme, ki so jo doživeli. To obdobje je posebno težavno za matere, ki se po porodu spopadajo s posttravmatsko stresno motnjo, saj okolica od njih pričakuje, da bodo vesele in pozitivne. Posledično pogosto doživljajo občutke krivde, kar zmanjšuje njihovo samozavest in samopodobo (Anniverno idr., 2013).

3.4 Generalizirana anksiozna motnja

Osnovna značilnost generalizirane anksiozne motnje je trajna in pretirana anksioznost, ki traja večino časa v obdobju šestih mesecev ter povzroča funkcionalno oslabitev. Simptomi so spremenljivi, večinoma pa se kažejo:

- anksioznost,
- zaskrbljenost,
- nervoza,
- utrujenost,
- nezmožnost dopuščanja negotovosti,
- težave s koncentracijo,
- težave s spanjem,
- mišična napetost,
- palpitacije,
- razburjenost, nemirnost, napetost in
- prebavne motnje (slabost, diareja) (Anniverno idr., 2013).

Ženske se med nosečnostjo spoprijemajo s številnimi spremembami, ki lahko povzročijo skrbi in onemogočajo normalno opravljanje vsakodnevnih obveznosti. Poleg fizičnih simptomov (glavoboli, bolečine v mišicah, razdražljivost in slaba koncentracija) so nosečnice najpogosteje zaskrbljene zaradi blaginje plodu, zdravja partnerja ter staršev, službe, medosebnih odnosov, financ in podobno. Ker so nekateri omenjeni simptomi za nosečnost sicer normalni, je pri ugotavljanju in razlikovanju patoloških simptomov od normalnih potrebna pazljivost, še posebej v prvem trimesečju (Abramowitz, Larsen in Moore, 2006; Anniverno idr., 2013; Misri, Abizadeh, Sanders in Swift, 2015).

Posledice diagnosticirane generalizirane anksiozne motnje se pri materah odražajo v manjši odzivnosti na potrebe novorojenčka, prav tako so z njimi v manj učinkovitih interakcijah. Zaradi prekomerne zaskrbljenosti težje identificirajo novorojenčkove čustvene obrazne izraze, predvsem vesele. Značilni so tudi prisotnost strahu in izogibanje spolnosti, sramežljivost ter nižja samopodoba (Arteche, Joormann, Harvey, Craske, Gotlib, Lehtonen, Counsell in Stein, 2011; Misri idr., 2015).

3.5 Tokofobija

Fobija je vrsta anksioznosti, ki jo sprožijo določeni zunanji objekti ali situacije, ki sami po sebi niso nevarni. Skupna značilnost fobij je, da morajo biti psihološki in fiziološki simptomi primarni odraz anksioznosti. Slednja je omejena na določen objekt, kateremu se prizadeti izogiba (Hribar, 2007; Kocmur, 1999).

Specifična oblika fobije, povezana z nosečnostjo, je tokofobija, ki je podrobneje predstavljena v nadaljevanju. O njej je pisal že Marcé, francoski psihiater, ki je dejal, da prvorodnice (ženske, ki bodo prvič rodile) spremljata strah in pričakovanje neznanke bolečine, ki vodita v nepopisno tesnobo; ženske, ki so imele že več porodov, pa spremljajo strahovi ter spomini preteklih izkušenj (Marcé, 1858, po Hofberg in Ward, 2007). Tokofobija je pojem, ki označuje intenziven strah pred porodom, in lahko vodi do izogibanja nosečnosti, prekinitve le-te kljub želji po otroku ali do zahteve po carskem rezu v naslednjih nosečnostih (Anniverno idr., 2013; Hofberg in Ward, 2007).

Nekatere ženske med nosečnostjo spremlja stres, ki je najizrazitejši v prvem in tretjem trimesečju, ko so v ospredju strah, ali bo otrok zdrav, vprašanja o sposobnosti biti mati, dileme pri skrbi za otroka in kasneje strah pred bolečino ter možnimi zapleti pri porodu (Blejec in Strgulc, 2009). Ker ni zagotovila o poteku poroda brez zapletov, je zanje strah pred porodom vse večji in resničnejši (Hofberg in Ward, 2007).

Dejavniki strahu pred porodom so različni in jih lahko razdelimo na več področij. Biološki dejavniki nastopajo kot strah pred bolečino med porodom. Hormonski odziv stresa, ki ga aktivira strah, vključuje zvečano sproščanje adrenalina, ki zmanjša delovanje maternice in kortizola, odgovornega za pojav bolečine med porodom. Tak odziv vodi k izpostavljenosti dolgotrajnemu, bolečemu porodu, trpljenju, občutkom sramu, nemoči in izgubi nadzora. Pri psiholoških dejavnikih, ki vplivajo na pojav strahu pred porodom, so depresija, tesnoba in nizka samopodoba. Na tem mestu je pomembna prisotnost ustrezne podpore ljudi (babice, porodnega osebja, družine, partnerja), ki zaupajo v nosečnico in njeno sposobnost učinkovitega poroda. Pomembni so tudi socialni dejavniki, ki vplivajo na dovzetnost pri pojavu strahu pred porodom. Mednje prištevamo nižjo starost ženske, nižjo izobrazbo in šibkejšo socialno mrežo. Poznavanje le-teh pomaga porodnemu osebju izbrati pravi pristop, ki bo pomagal ranljivejšim ženskam oblikovati samozavest in izboljšati socialno mrežo. H kulturnim dejavnikom, ki predstavljajo pomemben faktor strahu pred porodom, prištevamo medikalizacijo¹ poroda in grozljive zgodbe o porodih, ki jih razširjajo prijatelji, družina ter mediji. Slednje spodkopavajo zaupanje ženske vase, v njeno telo in onemogočajo pozitivno izkušnjo poroda (Otlej, 2013).

Ločimo primarni in sekundarni strah pred porodom. *Primarni strah pred porodom* je značilen za prvorodnice in se navadno pojavi v mladostništvu ali zgodnji odraslosti. Ob normalni spolni aktivnosti ženska natančno jemlje kontraceptive z namenom, da se izogne nosečnosti in tako prepreči porod. Primarna tokofobija ima različne posledice. Nekatere ženske pred prvo nosečnostjo zaradi strahu pred porodom iščejo porodničarja, ki bi zagotovil izbiro načina poroda, spet druge nikoli ne premagajo strahu pred porodom in ostanejo brez svojih bioloških otrok ali jih posvojijo. Mnoge zaradi tega nadalje v življenju doživljajo žalost, občutke sramote, manjvrednosti in se počutijo osamljene ter obžalujejo, da kljub strahu pred porodom niso rodile tako zelenega otroka. *Sekundarni strah pred porodom* se kaže kot strah pred ponovnim dejanjem, ki ga ženska ozavešča na podlagi pretekle (lahko tudi travmatske) izkušnje poroda, spontanega splava, mrtvorojenstva ali druge oblike prekinitve nosečnosti. Manifestira se lahko kot izognitev trenutni nosečnosti, porodu ali kot želja po carskem rezu. Sekundarna tokofobija se lahko kaže kot posttravmatska stresna motnja, ki je posledica travmatske izkušnje poroda, in povzroči patološki strah ter izogibanje nadaljnjim nosečnostim in porodom. Med drugim nastopa tudi kot depresija in nespečnost, ki jo povzročajo nočne more, zaradi katerih se ženska boji zaspati (Anniverno idr., 2013; Hofberg in Ward, 2007).

¹ Medikalizacija je pojem, ki označuje proces, v katerem določena stanja iz vsakodnevnega življenja začnemo obravnavati kot medicinski problem in bolezen. V okviru medikalizacije poroda je porod tako spoznan kot potencialno patološko in tvegano fiziološko dogajanje (Klančar in Kafel-Jere, 2009; Prosen, 2016).

Posledice strahu pred porodom pri ženskah se kažejo na različne načine:

- utrujenost, nespečnost,
- depresija, posttravmatska stresna motnja,
- zahteva po carskem rezu,
- višje tveganje za urgentni carski rez,
- višje stopnje epiduralne anestezije,
- negativna izkušnja poroda,
- poporodna čustvena nestabilnost,
- občutek osebnega neuspeha,
- oslABLJena vez med materjo in dojenčkom ter
- občutek osamljenosti, manjvrednosti (Otley, 2013).

Tokofobija zahteva ustrezno odkrivanje, prepoznavanje in zdravljenje. Najpomembnejši vidik posvetov, tako v splošnem kot med nosečnostjo, je prepoznavanje in ugotavljanje njene psihopatologije. To omogoča porodničarju ustrezno vključitev posameznice v nadaljnjo obravnavo in proces zdravljenja (Hofberg in Ward, 2007).

4 POPORODNA PSIHOZA

Poporodno obdobje je za razliko od nosečnosti veliko bolj tvegano za razvoj resne psihiatrične simptomatike. V tem času je ženska, bolj kot kadar koli v življenju nasploh, v največji nevarnosti za razvoj maničnih ali psihotičnih epizod, še posebej, če je k psihozi nagnjena. Pomembno je vedenje, da je poporodna psihoza v prvi vrsti motnja razpoloženja in ne psihotična motnja, saj je trajnih shizofrenskih simptomov relativno malo (Bergink, 2012; Blejec in Strgulc, 2009).

Poporodna psihoza je relativno redka in najresnejša oblika duševne motnje, ki se pojavi v prvem mesecu po porodu. Pojavnost je ocenjena na 1–2 na 1000 porodnic (Bergink, 2012; Mihevc Ponikvar in Tomšič, 2009; Sit, Rothschild in Wisner, 2006). Po neuradnih podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je bilo v letu 2017 19.706 porodov, kar bi za Slovenijo v tem primeru pomenilo 19–39 bolnic s poporodno psihozo (Porodi v letu 2017, 2018).

Nastop motnje je hiter, v dveh tednih po porodu z značilnimi maničnimi ali psihotičnimi simptomi, kot so:

- nespečnost,
- nihanje razpoloženja,
- pretirana zaskrbljenost zase in za novorojenčka, kateri sledijo resnejši simptomi – blodnje, halucinacije ter dezorganizirano vedenje;
- razpoloženski simptomi, ki so sicer neznačilni za navadne oblike psihoz: depresija, manija ali mešano stanje;
- razdražljivost,
- izguba stika z realnostjo (neskladnost mišljenja in vedenja z resničnostjo) ter
- nerazumljiva govorica (Bergink, 2012; Burgerhout; 2016).

Poleg afektivnih simptomov se pri poporodni psihozi kažejo tudi atipični kognitivni simptomi: dezorientacija, zmedenost, zbežanost, napačno prepoznavanje ljudi, derealizacija in depersonalizacija. Dejavniki tveganja, ki prispevajo k razvoju poporodne psihoze, so predhodna osebna ali družinska anamneza poporodne psihoze, bipolarnost (kazalnik tveganja za razvoj poporodne psihoze je za 25–50 % višji pri ženskah z diagnosticirano bipolarno motnjo) ali druge duševne motnje, prva rodnost, zapleti med porodom, višja starost matere (starost nad 35 let) in sprememba ravni hormonov po porodu (Bergink, 2012; Burgerhout, 2016; Sit, Rothschild in Wisner, 2006).

Poporodno psihozo je nujno jasno razlikovati od poporodne depresije in poporodne otožnosti. Poporodna depresija se nanaša na nepsihotično depresivno epizodo, ki nastopa z

značilnimi simptomi (potrtost, žalost, občutki krivde, oslABLJENA vez med materjo in otrokom) med nosečnostjo kot tudi leto dni po porodu. Čeprav so zgodnji dnevi poporodnega obdobja značilni za pojav poporodne psihoze, je simptome slednje motnje težko razlikovati od poporodne otožnosti, ki nastopi od tri do pet dni po porodu, in v nasprotju s poporodno psihozo traja od nekaj ur do nekaj dni. V primeru poporodne otožnosti gre za kratek pojav disforije, razdražljivosti in nihanja razpoloženja, kjer so popolnoma odsotni resnejši simptomi, ki definirajo poporodno psihozo (Bergink, 2012).

Trpljenje za poporodno psihozo predstavlja velik stres, saj simptomi ostanejo prisotni še dolgo po začetni epizodi. Ženske se v tem času soočajo s številnimi psihosocialnimi težavami – izkusijo potencialne stresorje za nadaljnje epizode te bolezni, depresivne epizode, milejša obdobja nihanja razpoloženja, tesnoba, občutki krivde (o trpljenju drugih njim pomembnih oseb med njihovo boleznijo), težave v odnosih, strahove pred nadaljnjimi nosečnostmi in skrbi glede možnih učinkov njihove bolezni na otrokov čustveni ter intelektualni razvoj (Burgerhout, 2016).

Poporodna psihoza je v svetu poznana že od 18. stoletja in kljub resni simptomatiki ostaja uradno neklasificirana duševna motnja, vendar vse več raziskovalcev kaže zanimanje za razumevanje tega fenomena (Bergink, 2012).

4.1 Poporodna psihoza in samomorilnost matere

V prvem letu po porodu tveganje za samomor naraste za 70 %. Poleg hude depresije in nasilja v družini visoko tveganje za samomor ali detomor predstavlja tudi poporodna psihoza, zato je pomembno zgodnje prepoznavanje te motnje. Nemalokrat se bolnice spopadajo z obsesivnimi ali s psihotičnimi mislimi, nanašajočimi se na samopoškodovanje ali poškodovanje novorojenčka, z mislimi na smrt in z občutki nesmisla v življenju, ter imajo dostop do orožja in/ali že izdelan samomorilni načrt. Po tovrstnih pomislekih mora zdravnik v okviru splošne obravnave povpraševati, saj je le tako moč v prihodnje podobne dogodke preprečiti (Mihevc Ponikvar in Tomšič, 2009; Spinelli, 2009; Sit, Rothschild in Wisner, 2006).

5 VPLIV MATERINIH OBPORODNIH STISK NA RAZVOJ OTROKA

Duševna motnja med nosečnostjo in v poporodnem obdobju ovira mater pri razvoju ljubečega, skrbnega ter pozornega odnosa s svojim otrokom, ki je za njegov duševni in telesni razvoj izjemnega pomena. Neugodni vplivi na otroka so kompleksni in medsebojno povezani, ter se kažejo na različnih področjih fizičnega, socialnega, čustvenega, vedenjskega in kognitivnega razvoja (Manning in Gregoire, 2006; Mihevc Ponikvar in Tomšič, 2009; Stein, Pearson, Goodman, Rapa, Rahman, McCallum, Howard in Pariante, 2014).

5.1 Fizična rast in razvoj

Slabše perinatalno zdravje matere, še posebej pri posameznicah z nižjim socialno-ekonomskim statusom, ima med nosečnostjo različne neugodne vplive na telesno rast in razvoj ploda. Težave se kažejo v upočasnjeni rasti ploda, v upočasnjenem pridobivanju teže ploda, v upočasnjeni in zmanjšani rasti obsega glave ploda, v nižjih ocenah na Apgar lestvici ter v nedonošenosti. Kasneje v otroštvu sta značilni pogosto zaostajanje v telesnem razvoju in prekomerna telesna teža (Paschetta idr., 2014; Stein idr., 2014).

5.2 Čustveni in socialni razvoj

Pri otrocih matere, ki v perinatalnem obdobju trpi za duševno motnjo, je največkrat povečano tveganje za čustvene težave, še posebej s pojavom depresije kasneje v adolescenci. Posledice se kažejo tudi v težjem uravnavanju čustev in v socialnem vedenju (imajo slabše socialne kompetence) (Stein idr., 2014).

5.3 Vedenjske težave

Raziskave so pokazale, da najpogostejše vedenjske težave, ki se pojavijo, vključujejo pojav motenj vedenja (motnja zmanjšane pozornosti in hiperaktivnosti, nasprotovalno-kljubovalna motnja) ali nekaterih njihovih simptomov. Matere, ki so med nosečnostjo ali po njej doživljale višjo stopnjo anksioznosti, so ocenile, da njihovi otroci kažejo več neugodnega vedenja in imajo več težav s hiperaktivnostjo in z motnjo pozornosti. Značilno je tudi redkejša prosocialna vedenja in pogostejša disocialno vedenje (Grizenko, Shayan, Polotskaia, Ter-Stepanian in Joobar, 2008; Loomans, Van Der Stelt, Van Eijsden, Gemke, Vrijkotte in Van Den Bergh, 2011; Stein idr., 2014; Van Den Bergh, Mennes, Stevens, Van Der Meere, Börger, Stiers, Marcoen in Lagae, 2006).

Bea R. H. Van Den Bergh idr. (2006) so v študiji prav tako potrdili povezanost materine višje stopnje anksioznosti v nosečnosti s kasnejšimi težavami v obliki motnje pozornosti njihovih otrok, vendar le pri dečkih, ne pa tudi pri deklicah.

Andrew Lewis, Emma Austin, Rebecca Knapp, Tina Vaiano in Megan Galbally (2015) pa ugotavljajo, da je visoka raven kortizola v nosečnosti vplivala na razvoj otrokovega temperamenta in kasnejšega neugodnega vedenja (več joka, povečana vznemirjenost, manj izrazna obrazna mimika).

5.4 Kognitivni razvoj

Raziskave so pokazale, da otroci mater z duševno motnjo v povprečju kasneje dosegajo nekatere razvojne mejnike in imajo slabše razvite kognitivne sposobnosti: kasneje spregovorijo, imajo manjši besedni zaklad, nižji inteligenčni kvocient ter slabše razvite sposobnosti učenja (Laplante, Barr, Brunet, Galbaud du Fort, Meaney, Saucier, Zelazo in King, 2004; Mihevc Ponikvar in Tomšič, 2009; Stein idr., 2014). Mati se zaradi duševne motnje prične zapirati vase in otrok tako ob pomanjkanju ustrezne podpore ter spodbude nazaduje v kognitivnem razvoju (Brunette in Jacobsen, 2006).

5.5 Navezanost

Navezanost je medsebojna, močno naklonjena čustvena vez med otrokom in osebo, ki zanj skrbi (navadno njegovim staršem). Kaže se s prirojenimi signali, s katerimi otrok spodbuja druge, da se mu približajo in omogočijo vse tisto, kar je potrebno za njegov normativni razvoj, ali z vedenji, kot so nasmeh, čebljanje, seganje k osebi ter jok (Umek in Zupančič, 2004; Zupančič, 2004).

Novorojenčkov odnos z referenčno osebo je osnova nadaljnjim odnosom in pomaga oblikovati razvoj otrokove osebnosti ter prilagoditvene zmogljivosti na prihodnje stresorje. Mati s tem, ko je čustveno dosegljiva in se na otrokove potrebe odziva z razumevanjem ter s toplino, ustvari osnovo otrokovega občutka identitete, samozavesti, uravnavanja čustev in varne navezanosti. Njena perinatalna duševna motnja lahko po porodu ali kasneje pri otroku v otroštvu vodi do izogibajoče, ambivalentne ali dezorganizirane navezanosti, ki v prihodnosti povzroča težave pri oblikovanju odnosov (Brunette in Jacobsen, 2006; Manning in Gregoire, 2006; Stein idr., 2014).

6 ZDRAVLJENJE PERINATALNIH DUŠEVNIH MOTENJ

Obravnavo nosečnice z duševno motnjo je za zdravnika (ginekologa, psihiatra, družinskega zdravnika) ali psihologa vse prej kot lahka naloga. Še posebej se zdravniki pri svojem delu pogosto srečajo s problemom predpisovanja psihotropnih zdravil in z vprašanjem varnosti le-tega, zato je pomembno, da ženske, ki so v rodni dobi ali med nosečnostjo, izobrazijo in jim ustrezno svetujejo glede varnega jemanja zdravil, ki preprečijo simptome njihove motnje (Krüger, 2012; Tavčar, 1999).

Priporočljivo je, da se kolikor je le mogoče, duševne motnje med nosečnostjo zdravijo z nefarmakološkimi intervencijami, vendar koristi zdravljenja z zdravili nemalokrat pretehtajo potencialna tveganja za plod oziroma za otroka, obenem pa visoka stopnja na novo odkritih hudih simptomov duševnih motenj v nosečnosti pogosto zahteva takojšnje, hitro delujoče farmakološke intervencije (Krüger, 2012).

Za učinkovito zdravljenje je nujen ustrezen razvoj strategije zdravljenja, pri čemer se je pomembno osredotočiti na naslednje dejavnike:

- prisotnost in resnost značilnih simptomov duševnega stanja;
- predhodna psihiatrična anamneza s poudarkom na pojavnosti epizod duševnih motenj v reproduktivni dobi;
- predhodna anamneza bolezni s poudarkom na številu in resnosti relapsov ter dolžina intervala brez simptomov;
- predhodna zdravljenja in odziv na psihotropna zdravila;
- zgodovina psihosocialnih odnosov;
- prisotnost družinskih konfliktov (socialna deprivacija, zlorabe v otroštvu, konflikti glede nosečnosti);
- stabilnost pri obvladovanju stresorjev, povezanih z nosečnostjo;
- stabilnost pri spopadanju s telesnimi spremembami, povezanimi z nosečnostjo;
- socialna podpora;
- predhodni spontani splavi ali druge oblike prekinitve nosečnosti;
- znane prirojene motnje v družini ter
- družinska anamneza duševnih motenj (Krüger, 2012).

6.1 Farmakološke oblike zdravljenja

6.1.1 Škodljivo delovanje zdravil

Psihotropna zdravila prehajajo skozi placento s pomočjo difuzije. Količina zdravila, ki se prenese na plod, je odvisna od farmakoloških lastnosti zdravila, materine teže in stopnje zrelosti posteljice (Krüger, 2012).

Nekatera zdravila lahko do določene mere presnavlja plod sam, in sicer preko svojega sistema jetrnih encimov, ki deluje od približno 8. tedna gestacijske starosti. Omenjen sistem ni zmožen kompleksnejših presnovnih nalog, kot je glukoronizacija (proces, pri katerem se zdravilo ali druga substanca veže z glukuronsko kislino in tako tvori vodotopno spojino, ki se nato lažje izloča v tarčne organe). Ker je le-ta pri otroku možna šele šest tednov po porodu, bodo zdravila, ki se presnavljajo z glukoronizacijo, vodila do perinatalnih zapletov (Soyka idr., 2006, po Krüger, 2012).

Zdravila lahko povzročijo škodo za plod oziroma otroka na naslednje načine:

- teratogenost: pomeni deformacijo okončin ali organov in se zaradi njihove genetske občutljivosti razlikuje (vsako zdravilo ima svoj specifičen tarčni organ);
- perinatalni sindrom ali neonatalna toksičnost: zaradi materinega daljšega uživanja zdravila pred porodom se pri novorojenčku lahko kažejo stranski učinki zdravil, simptomi odtegnitve ali znaki odvisnosti;
- pozne vedenjske posledice: zaradi otrokove izpostavljenosti zdravilu v maternici postanejo opazne nepravilnosti ali zaostalost v vedenjskem, kognitivnem, čustvenem ali v motoričnem razvoju otroka (Krüger, 2012; Tavčar, 1999).

6.1.2 Varnost zdravljenja

Pri ugotavljanju varnosti ali nevarnosti uporabe zdravil med nosečnostjo je v prvi vrsti potrebno upoštevati nekatere ukrepe, ki lahko pomembno prispevajo k zmanjševanju anomalij. Zaradi sinergističnega teratogenega delovanja zdravil se izogibamo predpisovanju več zdravil hkrati, zato raje predpišemo le eno zdravilo, in sicer v kolikor je mogoče le najmanjši še učinkoviti odmerek za čim krajše obdobje. Prav tako je priporočljivo, da se v prvem trimesečju skušamo izogniti uporabi zdravil, saj je v tem obdobju varnost nosečnosti omejena (Hendrick, 2006; Tavčar, 1999).

Zdravnikom je poleg izsledkov najnovejših raziskav v pomoč pri izbiri primerne in varnega zdravila tudi lestvica kategorij teratogenosti zdravil, ki jo je razvila ameriška

Uprava za hrano in zdravila (FDA) (Hendrick, 2006; Tavčar, 1999). Zdravila so glede na teratogenost razdeljena v pet kategorij:

- kategorija A: kontrolirane študije pri ženskah niso pokazale tveganja;
- kategorija B: študije na živalih niso pokazale tveganja, vendar ni bilo opravljenih raziskav na ljudeh; raziskave na živalih, ne pa tudi na ljudeh, so pokazale tveganje;
- kategorija C: študije na živalih so pokazale tveganje, vendar raziskave na ljudeh niso bile opravljene; raziskave na živalih ali ljudeh sploh niso bile opravljene;
- kategorija D: obstajajo dokazi o tveganjih za ljudi, vendar lahko učinek zdravila pretehta tveganje;
- kategorija X: dokazane so bile anomalije tako pri živalih kot tudi pri ljudeh, zato tveganje prevlada nad vsako koristjo (Hendrick, 2006; Tavčar, 1999; Tudose, Paveliu in Tudose, 2010).

6.1.3 Možnosti zdravljenja z zdravili

Odločitev za zdravljenje z zdravili temelji na individualni razpravi med pacientko in zdravnikom, pri čemer je potrebno skrbno pretehtati korist za mater in otroka ter morebitno škodo (Abramowitz idr., 2006). Uporaba nekaterih zdravil med nosečnostjo je sorazmerno varna, a se jim zaradi pomanjkanja ustreznih raziskav poskušamo izogniti, saj zaradi etičnih razlogov pri ljudeh s placebom kontrolirane raziskave niso možne. Tako se lahko opiramo le na objavljene klinične izkušnje, poskuse na živalih, nekontrolirane retrospektivne raziskave in ugotovitve *in vitro* laboratorijskih poskusov (Tavčar, 1999).

Osnovo farmakološkega zdravljenja v perinatalnem obdobju predstavljajo antidepresivi, med katerimi so najpogosteje uporabljeni selektivni zaviralci privzema serotonina (SSRI). Slednji imajo v primerjavi z drugimi antidepresivi precej širšo terapevtsko okno in ugodnejši tolerančni profil, zato je njihova uporaba sorazmerno varna (Howard, Molyneaux, Dennis, Rochat, Stein in Milgrom, 2014; Kalra in Einarson, 2006; McElhatton, 2006). Uporabljajo se za zdravljenje različnih klinično pomembnih simptomov perinatalnih motenj razpoloženja in anksioznih motenj (Paschetta idr., 2014).

Terapija z atipičnimi antipsihotiki in stabilizatorji razpoloženja je primerna za zdravljenje poporodne psihoze ter bipolarni afektivni motnje (Blejec in Strgulc, 2009; Paschetta idr., 2014). Pacientkam z znano blago obliko bipolarni motnje pred zanositvijo ali tik po njej ukinemo terapijo in jo nadaljujejo po prvem trimesečju oziroma po končani organogenezi ploda. Zdravljenja hujših oblik bipolarni motnje ne prekinjamo in prilagodimo odmerek potrebnega zdravila. V izogib nastanka srčnih napak in nepravilnosti nevralne cevi so potrebni redni natančni pregledi ploda (Blejec in Strgulc, 2009).

Pri posameznicah, ki so dovzetnejše za nastanek poporodne psihoze ali se je le-ta pojavila v predhodnih nosečnostih, je zaradi višjega tveganja njihovih nadaljnjih ponovitev priporočljivo zdravljenje takoj po porodu (po možnosti še pred odpustom iz porodnišnice), saj bo na ta način vzpostavljena terapevtska raven še preden bo nastopilo obdobje visokega tveganja za njen pojav. V nasprotnem primeru lahko pride do daljših, resnejših in težje ozdravljivih epizod (Paschetta idr., 2014).

Med nosečnostjo je odsvetovano poseganje po nekaterih antipsihotikih, predvsem nizkopotentnih nevroleptikih, ki lahko povzročajo razvoj nekaterih kognitivnih in vedenjskih deformacij. Jemanje višjih odmerkov le-teh v času ob porodu povzroča simptome odtegnitve, ki se kažejo kot sedacija, težave s hranjenjem ali nemir. V klinični praksi so zaradi manjših avtonomnih, sedativnih in kardiovaskularnih stranskih učinkov priporočljivejši visoko potentni nevroleptiki. Prav tako je odsvetovano zdravljenje z zaviralci monoooksidaze (MAOI), ki vplivajo na poslabšanje z nosečnostjo povezane hipertenzije, saj spremenijo pretok krvi skozi placento, kar lahko povzroči resne okvare v fetalnem razvoju (McElhatton, 2006).

V kolikor se za zdravljenje anksioznih motenj pri nosečnicah uporabljajo benzodiazepini, je priporočljivo predpisati najmanjši učinkoviti odmerek za najkrajše možno obdobje jemanja. Podaljšana uporaba benzodiazepinov povzroči toksičnost in neugodne telesne ter psihološke vplive, ki lahko vodijo v odvisnost (McElhatton, 2006).

Pomembno vlogo pri zdravljenju poporodnih motenj razpoloženja imajo tudi estrogeni, čeprav njihova uporaba v Sloveniji zakonsko ni dovoljena. Njihova koncentracija je med nosečnostjo v telesu močno povečana, nato pa se po porodu naglo zmanjša. Terapevtski vnos estrogenov ima tako lahko pozitiven vpliv na zdravljenje (O'Hara in Wisner, 2014). Antti Ahokas, Jutta Kaukoranta, Kristian Wahlbeck in Marjatta Aito (2001) so v raziskavi pri 23 posameznicah z resno obliko depresivne motnje, ki se je pojavila v obdobju enega leta po porodu, proučevali učinek osemtedenskega zdravljenja z estardiolom. Po prvem tednu zdravljenja je bilo pri 21 od 23 udeleženk ugotovljeno 50 % zmanjšanje simptomov; po drugem tednu je 19 od 23 udeleženk poročalo o zmanjšanju ali o izostanku simptomov.

6.1.4 Farmakoterapija in dojenje

Dojenje ni le najprimernejša oblika prehranjevanja v prvih mesecih dojenčkovega življenja, temveč tudi pomembna oblika vzpostavljanja in negovanja odnosa med materjo ter njenim otrokom. V kolikor se ženska po porodu sooča z duševno motnjo, ki zahteva farmakološko zdravljenje, ni nujno potrebno prekinjati dojenja, še manj pa samega zdravljenja (Nagelj Kovačič in Mrhar, 2008). Pred samim pričetkom zdravljenja z zdravili

je dobrodošlo vzpostaviti in poznati otrokove vzorce spanja, prehranjevanja ter vedenja, saj je tako pri otroku lažje prepoznati stranske učinke zdravila (Hendrick, 2006).

Navsezadnje večina zdravil do določene stopnje prehaja v materino mleko. Prehajajo s pasivno difuzijo iz območja visoke koncentracije (plazma) v območje nizke koncentracije (mleko). Obseg in hitrost izločanja učinkovine v mleko sta odvisna od lastnosti učinkovine, stopnje laktacije, sestave mleka ter od karakteristik bolnice (Hale, 2006; Nagelj Kovačič in Mrhar, 2008).

Razvitost organov in njihova sposobnost presnove ter izločanja zdravila iz telesa je poleg koncentracije učinkovine v materinem mleku in količine zaužitega mleka glavni pokazatelj izpostavljenosti otroka učinkovini. Največ zapletov pri presnovi in izločanju zdravila iz telesa se pojavi pri mlajših dojenčkih (novorojenčkih), ki za razliko od starejših dojenčkov še niso sposobni kompleksnejših presnovnih nalog (Hale, 2006).

V splošnem kratkoročna izpostavljenost posameznim zdravilom za zdravljenje duševnih motenj (anksiolitiki, hipnotiki, antidepresivi, atipični antipsihotiki) redko povzroči hujše težave dojenih dojenčkov. Tako so med dojenjem benzodiazepini, triciklični antidepresivi, selektivni zaviralci privzema serotonina in atipični antipsihotiki razmeroma varna zdravila. Nekoliko manj se med dojenjem priporoča uporaba fluoksetina, saj ima dolg razpolovni čas in se akumulira v materinem mleku (Hale, 2006; Nagelj Kovačič in Mrhar, 2008).

V primeru hujše duševne motnje, ki zahteva višje odmerke, je potrebno dojenje prekiniti in v prvi vrsti poskrbeti za duševno zdravje matere (Hale, 2006).

6.2 Psihoterapevtsko zdravljenje

Obstaja veliko definicij psihoterapije, ki med seboj niso istosmiselne. Ena izmed njih, ki zajame vse pomembne elemente za opredelitev pojma, se glasi, da je psihoterapija namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih, z namenom spremeniti klientovo vedenje, kognicije, emocije in/ali druge osebne značilnosti v smeri, ki so klientu zaželene (Prochaska in Norcross, 2003, po Žvelc, 2011).

Psihoterapevtske intervencije za zdravljenje perinatalnih duševnih motenj vključujejo različne pristope, in sicer psihodinamsko individualno ter skupinsko terapijo, kognitivno-vedenjsko terapijo, družinsko terapijo, interpersonalno terapijo in psihoterapijo starš-otrok (Ward, 2006).

6.2.1 Psihodinamska individualna in skupinska terapija

Psihodinamska psihoterapija temelji na predpostavki, da posameznikova neželena vedenja izhajajo iz preteklih nezavednih motivov, nagonov in psihičnih konfliktov, ki se nezavedno kažejo v sedanjosti. Na osnovi razumevanja tovrstnih psihičnih nesoglasij v sklopu psihoterapije obravnavamo in razrešujemo posledice intrapsihičnih konfliktov, dosegamo spremembe osebnosti ter odstranjujemo ali ublažujemo simptome, ne spreminjamo in odstranjujemo pa zavrtosti teh psihičnih konfliktov, kot je značilno za psihoanalizo (Pečjak, 2011; Ward, 2006; Zihlerl, 1999).

Terapija ponuja oblikovanje odnosa klient-terapevt, ki je za uspešnost terapije nadvse pomemben. Terapevt je v odnosu bolj neposredno udeležen in dovoljeno mu je več čustvenega odzivanja, razlaganja ter poseganja (Zihlerl, 1999).

6.2.2 Vedenjsko-kognitivna terapija

Vedenjsko-kognitivna terapija izhaja iz dveh različnih psihoterapevtskih pristopov – vedenjskega in kognitivnega. Vedenjska terapija je usmerjena na človekovo vedenje in spreminjanje zanj ter za okolico motečega vedenja. Izpostavlja se, da je vedenje naučeno in ga je mogoče odpraviti. Kognitivna terapija poudarja prepoznavanje posameznikovih stališč, prepričanj, načinov razmišljanja in spreminjanje nefunkcionalnih miselnih shem. Značilnost kognitivnega modela je, da čustva in vedenja niso neposredno odvisna od zunanjih dejavnikov, temveč se poudarja naše razumevanje, dojemanje ter doživljanje miselnih procesov (Pastirk, 2011).

Terapevtski proces je usmerjen na reševanje sedanjih nekoristnih in nefunkcionalnih vzorcev vedenja, ki jih klient odkriva s pomočjo terapevta. Terapija zajema 10–20 šestmesečnih srečanj in vključuje edukacijske naloge za samopomoč, s pomočjo katerih se klient uči o spoprijemanju s težavami (Ward, 2006).

Zdravljenje duševnih motenj v nosečnosti s kognitivno-vedenjsko terapijo ima dva cilja: ohraniti čustveno stabilnost matere in minimalizirati tveganja za plod oziroma za novorojenčka (Abramowitz idr., 2006).

6.2.3 Družinska terapija

Pričakovanje novega dojenčka pomeni za družino prehod v nov življenjski cikel, ki lahko pri družinskih članih zmoti ustaljeno družinsko ravnovesje. Tako oče kot mati se lahko počutita potisnjena ob rob ali se spopadata z duševnimi motnjami, otroci pa doživljajo

boleče občutke izključitve. Predhodno prisotne težave znotraj družine lahko dodatno vplivajo na razpad sistema, kar se lahko manifestira v motnjah enega samega družinskega člana (Ward, 2006; Zihlerl, 1999).

Družinska psihoterapija obravnava družinsko skupino oziroma sistem kot celoto in ne le posameznika v tej družini. Osredotoča se na odpravljanje simptomov in težav, ki jih kaže eden izmed članov družine, ter teži k vzpostavljanju ustreznih odnosov, s katerimi bodo živeli zadovoljnejše življenje. Terapevt na podlagi družinskih odnosov in interakcij raziskuje dogajanje v družini, skuša razvozlati težave ter pomaga članom družine doumeti različna stališča in vidike o problemu, ki se je v družini razvil (Ward, 2006; Zihlerl, 1999).

Ena izmed oblik družinske terapije je psihoterapija starš-dojenček, ki izhaja iz neprepoznanih projekcij preteklih generacij, ki se vsilijo v trenuten odnos med materjo in otrokom. Otrok se navdaja projekcij, ki izhajajo iz nerešenih aspektov materinega odnosa z njenimi starši in z generacijami poprej. Terapevt v terapevtskem procesu pomaga materi prepoznati projekcije skozi komunikacijo z dojenčkom in ji pomaga, da slednje odpne iz odnosa z njenim otrokom ter ga uvidi kot povsem novo osebo (Ward, 2006).

6.2.4 Interpersonalna terapija

Interpersonalna psihoterapija je kratka (vključuje od 12 do 16 tedenskih srečanj) in priročna oblika terapije, ki je bila primarno zasnovana za zdravljenje depresije. Teoretična izhodišča je postavil ameriški psihiater in psihoanalitik, Harry Stack Sullivan, ter poudarja, da dogodki v medosebnih odnosih ne povzročajo duševnih motenj, ampak je duševna motnja tista, ki vpliva na delovanje posameznika v odnosu z drugimi. Terapija se osredotoča na simptome, povezane s posameznikovimi odnosi z drugimi ljudmi (z družino, s prijatelji in z vrstniki) (Goldberg, 2017; Ward, 2006).

Cilj psihoterapevtskega pristopa je odpravljanje simptomov in izboljšanje socialne prilagoditve, s pomočjo katere bodo klienti učinkovitejši pri vzpostavljanju ter ohranjanju odnosov (Goldberg, 2017).

7 SKLEPI

Nosečnost, porod in materinstvo predstavljajo veliko življenjsko prelomnico, kjer se ženske srečujejo s številnimi telesnimi in duševnimi izzivi. To obdobje, še posebej pri posameznicah z anamnezo ponavljajočih se duševnih motenj ali simptomov, predstavlja tveganje za pojav žalosti, strahov, dvomov, tesnobe, nemira, jokavosti ali jeze, ki se lahko razvijejo v resno simptomatiko.

Cilj zaključne naloge je bil raziskati in opisati najpogostejše duševne motnje, ki se pojavijo med nosečnostjo ali po njej. Izsledki raziskav kažejo, da so za to obdobje najznačilnejše motnje razpoloženja (ponavljajoča se depresivna motnja, bipolarna afektivna motnja, poporodna otožnost in poporodna depresija), anksiozne motnje (panična motnja, obsesivno-kompulzivna motnja, posttravmatska stresna motnja, generalizirana anksiozna motnja ter tokofobija) in poporodna psihoza. Omenjene duševne stiske povzročajo neugoden vpliv tako na počutje matere kot na duševni in telesni razvoj otroka.

V zaključni nalogi smo želeli opredeliti oblike metod zdravljenja v času nosečnosti s čim manjšim vplivom na nerojenega otroka. Pomembno je, da se posameznice seznanijo in posvetujejo o različnih možnih pristopih zdravljenja. Zdravljenje nosečnice z duševno motnjo, ki potrebuje farmakološko zdravljenje, je zahtevna naloga. V izogib teratogenosti in toksičnosti je pomembna ustrezna izbira zdravila ter natančna edukacija varnega jemanja le-tega. V kolikor zadostuje, je možno tudi psihoterapevtsko zdravljenje, v okviru katerega posameznica glede na vrsto težave, vzrok in cilj izbere njej primeren ter ustrezen pristop.

Ker imajo duševne motnje v nosečnosti, predvsem nezdravljene, negativen vpliv tako na mater kot tudi na otroka, bi lahko bila zaključna naloga izhodišče za oblikovanje preventivnih intervencij, ki bi spodbujale k ozaveščanju in h krepitvi prenatalnega, perinatalnega ter postnatalnega duševnega zdravja žensk. Tako bi posameznice znale prepoznati resne duševne stiske, saj le-te pogosto ostanejo neopazne zaradi splošnega strahu pred nosečnostjo, porodom ali zdravjem ploda in otroka. Prav tako bi zaključna naloga lahko predstavljala iztočnico za nadaljnje raziskave, saj je bila do sedaj v Sloveniji izvedena le ena raziskava na temo pojavnosti depresije in tesnobe med nosečnostjo.

8 LITERATURA IN VIRI

Abramowitz, J. S., Larsen, K. in Moore, K. M. (2006). Treatment of Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum. V V. Hendrick (ur.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (str. 83–109). Totowa, New Jersey: Humana Press.

Ahokas, A., Kaukoranta, J., Wahlbeck, K. in Aito, M. (2001). Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry*, 62 (5), 332–336.

Altshuler, L. L. in Kiriakos, C. (2006). Bipolar Disorder: Special Issues in Pregnancy and the Postpartum. V V. Hendrick (ur.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (str. 109–139). Totowa, New Jersey: Humana Press.

Anniverno, R., Bramante, A., Mencacci, C. in Durbano, F. (2013). Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. V F. Durbano (ur.), *New Insights into Anxiety Disorders* (str. 259–285). Rijeka: InTech.

Arteche, A., Joormann, J., Harvey, A., Craske, M., Gotlib, I. H., Lehtonen, A., Counsell, N. in Stein, A. (2011). The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of Affective Disorders*, 133, 197–203.

Astbury, J. (2009). Overview of key issues. V J. Astbury, M. Cabreal de Mello, J. Cottingham, J. Fisher, T. Izutsu, A. Pinel in S. Saxena (ur.), *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health* (1–7). Geneva: WHO.

Bergink, V. (2012). *First-onset Postpartum Psychosis*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., in Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77.

Blejec, T. in Strgulc, M. (2009). Vodenje nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja ob znani duševni boleznimotnji matere. V U. Križaj Hacin (ur.), *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo* (str. 28–33). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Brunette, M. F. in Jacobsen, T. (2006). Children of Parents With Mental Illness. V V. Hendrick (ur.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (str. 197–227). Totowa, New Jersey: Humana Press.

Burgerhout, K. M. (2016). *Postpartum Psychosis: Treatment, follow-up and immunological parameters*. Rotterdam: Ridderprint BV, the Netherlands.

Carter, D. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy. *Bc Medial Journal*, 47 (2), 96–99.

Dannon, P. N. in Lowengrub, K. (2006). Panic Disorder and Pregnancy: Challenges of Caring for Mother and Child. *Psychiatric Times*, 25 (3), pridobljeno februarja 2018 na <http://www.psychiatrictimes.com/panic-disorder/panic-disorder-and-pregnancy-challenges-caring-mother-and-child>

Drglin, Z. (2009). *Zima v srcu: ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide: kažipot skozi obporodne stiske*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Epperson, C. N. in Ballew, J. (2006). Postpartum Depression: A Common Complication of Childbirth. V V. Hendrick (ur.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (str. 41–81). Totowa, New Jersey: Humana Press.

Goldberg, J. (2017). Interpersonal Therapy for Depression. *WebMD*, pridobljeno aprila 2018 na <https://www.webmd.com/depression/guide/interpersonal-therapy-for-depression#4>

Grizenko, N., Shayan, Y. R., Polotskaia, A., Ter-Stepanian, M., & Joobar, R. (2008). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*: JPN, 33(1), 10–16.

Güleri, Ö., Kaya, V., Gezginç, K., Kayhan, F., Çiçek, E., Sönmez, Ö., Uğuz, F. (2015). Pregnancy-Onset Panic Disorder: Incidence, Comorbidity and Associated Factors. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 216–220.

Hale, T. W. (2006). Breastfeeding and drug treatment. V V. O'Keane, M. Marsh in G. Seneviratne (ur.), *Psychiatric Disorders and Pregnancy* (str. 247–260). London: Taylor & Francis.

Hendrick, V. (2006). General Considerations in Treating Psychiatric Disorders During Pregnancy and Following Delivery. V V. Hendrick (ur.), *Psychiatric Disorders in*

Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment (1–13). Totowa, New Jersey: Humana Press.

Boeker, H. (2009). Bipolar Effective Disorder. V M. D. Binder, N. Hirokawa in U. Windhorst (ur.), *Encyclopedia of Neuroscience* (str. 420–423). Berlin: Springer.

Epstein, R. A., Moore, K. M. in Bobo, W. V. (2015). Treatment of bipolar disorders during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 7, 7–29.

House, S. J., Tripathi, S. P., Knight, B. T., Morris, N., Newport, D. J. in Stowe, Z. N. (2016). Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health*, 19, 3–10.

Hribar, M. (2007). Razmejitev anksioznosti (tesnobe) od nekaterih sorodnih fenomenov. *Psihološka obzorja (Ljubljana)*, 16 (3), str. 75–88.

Hriberšek, D. (2015). Duševne motnje v nosečnosti, po porodu in psihofarmakoterapija, pridobljeno februarja 2018 na <http://www.sfd.si/uploads/datoteke/hribersek.pdf>

Hofberg, K. in Ward, M. (2007). Tokophobia: A Profound Dread and Avoidance of Childbirth (When Pathological Fear Effects the Consultation). V J. Cockburn in M. E. Pawson (ur.), *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology* (str. 165–172). London: Springer-Verlag.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A. in Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Series*, 384, 1775–1788.

James, S. (2015). Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health*, 18, 761–771.

Kalra, S. in Einarson, A. (2006). Prevalence, Clinical Course, and Management of Depression During Pregnancy. V V. Hendrick (ur.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (str. 13–41). Totowa, New Jersey: Humana Press.

Klančar, D. in Kafel Jere, N. (2009). Medikalizacija v ambulanti zdravnika družinske medicine. V Z. Klemenc Ketiš (ur.), *Medikalizacija: učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* (str. 13–18). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Kocmur, M. (1999). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Tomori in S. Zihlerl (ur.), *Psihiatrija* (str. 229–258). Ljubljana: Litterapicta.

Krüger, S. (2012). Psychopharmacological Treatment of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy. V V. Regitz-Zagorsek (ur.), *Sex and Gender Differences in Pharmacology* (str. 279–305). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Laplante, D. P., Barr, R. G., Brunet, A., Galbaud du Fort, G., Meaney, M. L., Saucier, J. F., Zelazo, P. R. in King, S. (2004). Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatr Res.*, 56 (3) 400–410.

Lee, D. T. S. in Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), 183–191.

Lewis, A. J., Austin, E., Knapp, R., Vaiano, T. in Galbally, M. (2015). Perinatal Maternal Health, Fetal Programming and Child Development. *Healthcare*, 3, 1212–1227.

Loomans, E. M., Van Der Stelt, O., Van Eijsden, M., Gemke, R. J. B. J., Vrijkotte, T. in Van den Bergh, B. R. H. (2011). Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, 87, 565–570.

Manning, C. and Gregoire, A. (2006) Effects of parental mental illness on children. *Perinatal psychiatry*, 5 (1), 10–12.

Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (2004). Teorije psihičnega razvoja. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 28–63). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

McElhatton, P. (2006). Teratogenicity and psychotropic drug use during pregnancy. V V. O'Keane, M. Marsh in G. Seneviratne (ur.), *Psychiatric Disorders and Pregnancy* (str. 223–246). London: Taylor & Francis.

Mihevc Ponikvar, B. in Tomšič, S. (2009). Breme duševnih boleznih pri ženskah v rodni dobi. V U. Križaj Hacin (ur.), *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo* (str. 7–17). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Miller, L. (2001). Psychiatric disorders during pregnancy. V N. L. Stotland in D. E. Stewart (ur.), *Psychological Aspects of Women's Health Care: the Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology* (str. 51–68). Washington: American Psychiatric Press.

Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S. in Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of Women's Health, 24* (9), 762–770.

Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P. in Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12* (1), 1–6.

Muzik, M. (2012). Psychiatric illness during pregnancy: Early detection, individualized care can promote health for mother and infant. *Current Psychiatry, 11* (2), 23–32.

Nagelj Kovačič, N. in Mrhar, A. (2008). Zdravila med dojenjem. *Farm Vestn, 59*, 223–228.

Nair, B. (2015). Obstetrics and Gynecology Patients: Menstrual Cycle, Pregnancy, and Postpartum-Related Psychiatric Disorders. V H. Leigh in J. Streltzer (ur.), *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry* (str. 465–496). New York: Springer International Publishing.

O'Keane, V. (2006). Mood disorder during pregnancy: aetiology and management. V V. O'Keane, M. Marsh in G. Seneviratne (ur.), *Psychiatric Disorders and Pregnancy* (str. 69–107). London: Taylor & Francis.

O'Hara, M. W. in Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*, 3–12.

Otley, H. (2013). Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery, 19* (4).

Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. G., Pretlove, S. in Ismail, K. M. K. (2014). Perinatal psychiatric disorders: an overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 501–509*.

Pastirk, S. (2011). Vedenjsko kognitivna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 253–284). Ljubljana: Založba IPSA.

Pečjak, L. (2011). Psihodinamska psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 227–252). Ljubljana: Založba IPISA.

Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V. in Praper, P. (2015). Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia. *Zdrav Var*, 54 (1), 45–50.

Porodi v letu 2017. Pridobljeno marca 2018 na <http://www.nijz.si/sl/podatki/porodi-v-letu-2017>

Prosen, M. (2016). *Medikalizacija poroda in nosečnosti kot družbena konstrukcija* (Doktorska disertacija, Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=91169>

Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J. Joffe, H. in Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*, 60, 221–227.

Ryan, D. (2005). Psychiatric disorders in the postpartum period. *Bc Medical Journal*, 47 (2), 100–103.

Santvana, S., Shamsah, S., Firuza, P. in Rajesh, P. (2005). Psychiatric disorders associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol India*, 55 (3), 218–227.

Schrodt, G.R. (2007). Mood disorders. V J. Sanfilippo in R. P. Smith (ur.), *Primary Care in Obstetrics and Gynecology: A Handbook for Clinicians* (str. 147–174). New York: Springer-Verlag.

Skočir, A. P. (2005). Možnosti preprečevanja, odkrivanja in obravnave poporodne depresije – vloga babic in medicinskih sester. *Obzor Zdr N*, 39, 181–193.

Sit, D., Rothschild, A. J. in Wisner, K. L. (2006). A Review of Postpartum Psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*, 15 (4), 352–368.

Spinelli, M. G. (2009) Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *Am J Psychiatry*, 166 (4), 405–408.

Stein A., Pearson R.M., Goodman S.H., Rapa E., Rahman A., McCallum M., Howard L.M., Pariante C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384 (9956), 1800–1819.

Tavčar, R. (2000). Psihotropna zdravila in nosečnost. *Psihiatrična bolnišnica Begunje*, pridobljeno marca 2017 na <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Tavcar1351438922123.pdf>

Thurgood, S., Avery, D. M., Williamson, L. (2009). Postpartum Depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*, 6 (2), 17–22.

Tudose, C., Paveliu, S. in Tudose, F. (2010). Psychotropic Treatments of Psychotic Disorders during Pregnancy. *Obstetrics*, 6 (22), 248–253.

Van Den Bergh, B. R. H., Mennes, M., Stevens, V., Van Der Meere, J., Börger, N., Stiers, P., Marcoen, A. in Lagae, L. (2006). ADHD Deficit as Measured in Adolescent Boys with a Continuous Performance Task Is Related to Antenatal Maternal Anxiety. *Pediatric Research*, 59 (1), 78–82.

Vossbeck Elsebusch, A. N., Freisfeld, C. in Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, 2014, 14 (1), 1–10.

Vythilingum, B. (2008). Anxiety Disorders in Pregnancy. *Current Psychiatry Reports*, 10, 331–335.

Ward, A. (2006). The place of psychological therapies in the perinatal period. V V. O'Keane, M. Marsh in G. Seneviratne (ur.), *Psychiatric Disorders and Pregnancy* (str. 261–275). London: Taylor & Francis.

Wijma, K. (2006). Post-traumatic stress disorder and childbirth. V V. O'Keane, M. Marsh in G. Seneviratne (ur.), *Psychiatric Disorders and Pregnancy* (str. 161–196). London: Taylor & Francis.

Ziherl, S. (1999). Psihoterapija. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 381–401). Ljubljana: Litterapicta.

Zupančič, M. (2004). Socialni razvoj dojenčka in malčka. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 255–277). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Žvan, V. (1999). Razpoloženske (afektivne) motnje. V M. Tomori in S. Zihel (ur.), Psihijatrija (str. 207–227). Ljubljana: Litterapicta.

Žvelc, M. (2011). Kaj je psihoterapija? V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), Psihoterapija (str. 1–9). Ljubljana: Založba IPSA.