

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
ANKSIOZNOST IN DEPRESIJA MED NOSEČNOSTJO

ANA PEVEC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Anksioznost in depresija med nosečnostjo

(Anxiety and depression during pregnancy)

Ime in priimek: Ana Pevec

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, julij 2018

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Ana PEVEC

Naslov zaključne naloge: Anksioznost in depresija med nosečnostjo

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 42

Število referenc: 82

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: anksioznost, depresija, nosečnost, dejavniki tveganja, zdravljenje, vpliv na otroka

Izvleček:

Večina žensk bo vsaj enkrat v življenju noseča. V tem obdobju se ženska sooča s številnimi novimi izzivi, ki lahko vplivajo na njeno duševno zdravje, ki pa je poleg fizičnega zdravja nosečnice zelo pomembno. Anksioznost in depresija sta eni izmed najbolj pogostih duševnih motenj, ki se v tem obdobju pojavita in sta povezani s številnimi negativnimi posledicami za otroka in mater kot je na primer prezgodnje rojstvo ter nizka porodna teža. Da bi se izognili tem negativnim posledicam, je zelo pomembno prepoznavanje in zdravljenje duševnih motenj z različnimi metodami, kot so farmakološko zdravljenje, različne vrste psihoterapij, izobraževanj in alternativnih metod. Napovedovalci duševnih motenj so lahko tudi določeni dejavniki tveganja.

Key words documentation

Name and SURNAME: Ana PEVEC

Title of the final project paper: Anxiety and depression during pregnancy

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 42

Number of references: 82

Mentor: assist. prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: anxiety, depression, pregnancy, risk factors, treatment, influence on child

Abstract:

Most women will become pregnant at least once in their lifetime. They are faced with many new challenges during this period that can affect her mental health which is besides their physical health very important. Anxiety and depression are most common mental disorders during that period and are common with many negative outcomes for mother and the baby as premature birth and low birth weight. Recognition and treatment of mental disorders is very important in order to avoid those negative consequences. Some of the treatments are pharmacological treatment, different types of psychotherapy, education and alternative methods. Different risk factors can also be the predictors for development of mental disorders.

ZAHVALA

Hvala mentorju doc. dr. Mateju Kravosu, za strokovno pomoč, vodenje in nasvete pri izdelavi zaključne naloge. Prav tako bi se rada zahvalila svoji družini in prijateljem, ki so mi tekom študija stali ob strani, me spodbujali in verjeli vame.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 ETIOLOGIJA DUŠEVNIH MOTENJ	3
3 ANKSIOZNOST	3
3.1 Klasifikacija anksioznosti.....	4
3.2 Zdravljenje.....	6
3.2.1 Kognitivna terapija	6
3.2.2 Vedenjska terapija	8
3.2.3 Alternativne metode	9
3.2.4 Farmakološko zdravljenje.....	10
4 DEPRESIJA	11
4.1 Klasifikacija depresije	12
4.2. Vzroki za nastanek.....	14
4.3 Zdravljenje.....	15
4.3.1 Interpersonalna psihoterapija.....	15
4.3.2 Kognitivno vedenjska terapija	16
4.3.3 Farmakološko zdravljenje.....	17
5 NOSEČNOST.....	18
5.1 Razvojna obdobja – psihološke značilnosti.....	20
6 NOSEČNIŠKA ANKSIOZNOST	23
7 NOSEČNIŠKA DEPRESIJA	24
8 SOČASNA (KOMORBIDNA) ANKSIOZNOST IN DEPRESIJA	25
9 DEJAVNIKI TVEGANJA	26
9.1 Psihološki in psihiatrični dejavniki tveganja	26
9.2 Socialna podpora in zakonski odnosi	27
9.3 Socialno-demografski in gospodarski dejavniki tveganja	28
9.4 Neželeni dogodki v življenju in zaznani stres	28
9.5 Z nosečnostjo povezani dejavniki tveganja	29
9.6 Osebnostni dejavniki tveganja.....	30
10 VPLIVI NA OTROKA.....	30
11 PREPOZNAVANJE ANKSIOZNOSTI IN DEPRESIJE	32
12 SKLEPI.....	34
13 LITERATURA IN VIRI.....	35

1 UVOD

Nosečnost je lahko obdobje radosti, pozitivnih pričakovanj, sreče in vznemirjenja ob pričakovanju rojstva otroka. V tem času je veliko poudarka na fizičnem zdravju, fizičnim spremembam nosečnice, medtem ko je skrb za duševno zdravje in čustveno počutje bodoče matere lahko zanemarjeno. Duševno zdravje ženske med nosečnostjo je zelo pomembno, saj ima lahko obsežne in trajne posledice za ženske in njihove otroke. Kljub temu, da nosečnost v splošnem velja za obdobje blagostanja in pozitivnega počutja, se veliko število bodočih mater v tem obdobju sooča z duševnimi motnjami, med katerimi sta najpogostejši anksioznost in depresija. (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Anksioznost med nosečnostjo vključuje strahove in neprijetne občutke tesnobe, ki so vezane na vse vidike življenja posameznice vključno z nosečnostjo, medtem, ko je nosečniška anksioznost vezana le na strahove povezane s trenutno nosečnostjo, na primer skrb za dobrobit otroka, strah pred porodom, strahovi povezani z zdravjem matere.

Prisotnost anksioznosti in depresije v času nosečnosti sta povezani s številnimi neugodnimi posledicami, kot je prezgodnje rojstvo otroka, nizka porodna teža, prirojene nepravilnosti. V izogib negativnim posledicam prisotnosti duševnih motenj, je zelo pomembno njihovo zgodnje odkrivanje in ustrezno zdravljenje, ki je prilagojeno glede na stopnjo izraženosti duševne motnje, stanje in želja nosečnice. Za zdravljenje simptomov so v uporabi tako biološke oblike zdravljenja z zdravili, kot tudi različne oblike terapij (kratke oblike psihoterapije, vedenjska psihoterapija, kognitivna psihoterapija, kognitivno-vedenjska psihoterapija) ter različne alternativne metode na primer masažna terapija.

Na razvoj duševne motnje, kot sta anksioznost in depresija, lahko vplivajo različni dejavniki. Med najizrazitejšimi napovedovalci pojava depresije v času nosečnosti so nosečniška anksioznost, stres, pretekle anamneze depresije, pomanjkanje socialne podpore, doživljanje stresnih življenjskih dogodkov v preteklem letu, nižja izobrazba, kajenje, samski zakonski stan in slaba kakovost odnosov (Dudas, Csator dai, Devosa, Toreki, Ando, Barbas, Pal, Kozinszky, 2012).

Na globalni ravni ima približno 10% žensk med nosečnostjo duševne motnje, zlasti depresijo. Stopnje razširjenosti duševnih motenj v državah v razvoju pa so še večje, 15,6% med nosečnostjo in 19,8% v obdobju po porodu (World Health Organisation, 2018). V slovenski študiji leta 2015 je bilo ugotovljeno, da je 15,7% testiranih nosečnic v tretjem trimesečju imelo izraženo stopnjo klinične anksioznosti kot stanja in 12,5% anksioznosti kot poteze. 21,7% udeleženk slovenske raziskave pa je poročalo o pomembno povišani

depresivni simptomatiki (Podvornik, Velikonja in Praper, 2015). Kljub pogostem pojavljanju in negativnimi posledicam pa nosečniška anksioznost, anksioznost med nosečnostjo in depresija med nosečnostjo v Sloveniji še niso podrobno raziskani.

Namen zaključnega dela je predstaviti obe motnji, se pravi depresijo in anksioznost. Prav tako je namen predstaviti različne oblike terapij, kot je psihoterapije, biološke oblike zdravljenja z zdravili in drugih pristopov za pomoč pri zdravljenju omenjenih motenj v času nosečnosti, dejavnike tveganja za nastanek motenj ter potencialne negativne učinke na otroka.

2 ETIOLOGIJA DUŠEVNIH MOTENJ

Ni natančno poznanih vzrokov za nastanek duševnih motenj, vendar je gotovo, da nanje vplivajo dejavniki z biološkega, psihosocialnega in sociokulturnega področja. Našteti dejavniki imajo vpliv na pojavljanje, potek in iztek bolezni in so skladni z našimi običajnimi predstavami o bolezni in zdravju. Med biološke dejavnike tveganja za pojav duševnih motenj sodijo genska zasnova, fizične travme, okužbe, prehrana, spremembe v delovanju nevrotransmitorjev, zastrupitve. Na duševne motnje ne vplivajo napake enega samega gena, vendar napake na številnih genih. Psihosocialne dejavnike delimo na socialne in psihološke dejavnike v ožjem pomenu besede. Tja sodijo stres, razpoloženje, značaj, osebnost in spol. Med socialne dejavnike pa so všteti družina, medosebni odnosi, socio-ekonomski status, rasa. Sociokulturni vzroki največkrat vplivajo na to, kakšno podobo o sebi bo posameznik neke kulture, spola in rase pridobil od svojega okolja. Močan vpliv na duševne bolezni ima tudi sam odnos do bolezni, staranja, nasilja, odvisnosti od psihoaktivnih snovi (Erzar, 2007).

Vzrokov za nastanek motenj razpoloženja ne poznamo v celoti. Pojavi depresije so po navadi neposredna posledica hudih stresnih dogodkov, ki jih doživi posameznik. Jakost, trajanje stresa, socialna podpora mreža, genetska zasnova posameznika in njegova sposobnost obvladovanja stresa pa še dodatno prispevajo k razvoju motnje. Razlike so tudi med spoloma, saj je genska ranljivost pri ženskah še večja. Lahko gre za zelo široko gensko dispozicijo za tesnobne in afektivne motnje, zato je treba pri etiologiji depresije upoštevati poleg bioloških še genske (spol), socialne (stres, travma) in psihološke (kognitivni temperament in osebnost) vzroke (Erzar, 2007).

3 ANKSIOZNOST

Ameriška psihiatrična zveza (American Psychiatric Association-APA, 2013) so anksioznost opredelili kot čustvo karakterizirano z občutkom tesnobe, pretirano skrb vzbujajočimi mislimi in fizičnimi spremembami kot je zvišan krvni pritisk. Ljudje, ki imajo anksiozne motnje običajno doživljajo ponavljajoče, vsiljive misli in skrbi, zaradi katerih se lahko izogibajo določenim situacijam. Spremljajo jih lahko tudi fizični simptomi kot so potenje, tresavica, vrtoglavica in zvišan srčni utrip.

Stanje anksioznosti je doživljanje neprijetnih občutkov, ob soočenju z določenimi situacijami, zahtevami, določenimi objekti ali dogodki in nastopi, ko posameznik oceni, da je ogrožen. Ko je objekt oz. situacija, ki je doživeta kot ogrožujoča odstranjena, oseba občutka anksioznosti ne doživlja več (Dekleva, Lubina, Circenis, Sudraba, in Millere, 2015).

Kadar tesnoba postane stalna in neobvladljiva ter moti posameznikovo delovanje, funkcionalnost, govorimo o motnji. Tesnoba je občutje, ki je vključeno v širok spekter psihopatoloških motenj. Lahko spremlja fizične bolezni ali težje duševne motnje in se od strahu in panike loči fiziološko in čustveno, saj sta strah in panični napad usmerjena na trenutno situacijo, na neposredne okoliščine z namenom priprave na takojšnji odgovor (boj ali beg). Panični napad je bolj nenaden in intenziven v primerjavi s strahom, ki je terapevtsko gledano bolj konkretno občutje od tesnobe, se pa pojavlja skupaj z njo. Tesnoba je neprijetno občutje telesne in psihične napetosti in zaskrbljenosti usmerjeno na prihodnost. Pripravi nas za velike podvige, s tem da nas spravlja v stanje velike pozornosti, odzivnosti in pripravljenosti za delovanje, toda nas lahko hkrati tudi hromi. Je med najpogostejšimi človeškimi odzivi. Če jo posameznik doživi v zmerni količini, lahko služi kot dober motivator, vir energije in mobilizira posameznika. Veliko ljudi trdi, da najbolje »deluje pod pritiskom«, to je ko je njihova stopnja anksioznosti dovolj visoka, da so motivirani, da delo opravijo kar najbolje zmorejo. Po drugi strani pa je stopnja tesnobe lahko tako visoka, da oslabi posameznika in mu povzroči čustveno in fizično nelagodje (Freeman in Simon, 1989).

Tesnoba ni vzrok ampak posledica težjih čutenj, ki so v ozadju in pred katerimi tesnoba varuje posameznika. Tudi če tesnobo poskušamo prekriti z delom, opravili, se zamotiti, se bo le ta (napetost in nemir) kmalu pokazala v obliki utrujenosti, izčrpanosti, bolečin v telesu,... Tesnobne motnje se velikokrat pojavijo skupaj z depresijo, kar pa imenujemo soobolevnost (Erzar, 2007).

3.1 Klasifikacija anksioznosti

American Psychiatric Association (APA, 2013), je naredila klasifikacijo anksioznosti, katera je uporabljena v številni literaturi. Po najnovejši verziji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-5) so anksiozne motnje razdeli na separacijsko anksionost, selektivni mutizem, specifične fobije, socialno anksioznost, panično motnjo, agorofobijo, generalizirano anksiozno motnjo, anksiozno motnjo povezano z različnimi substancami in anksiozno motnjo zaradi zdravstvenih težav.

Separacijska anksioznost

Posameznik doživlja strah in anksioznost ob ločitvi od navezane osebe, ki je zanj zelo pomembna do stopnje, ki je razvojno neprimeren. Prisotna je nenehna tesnoba in strah, da bi se ob ločitvi od te njemu pomembne osebe, le tej nekaj slabega pripetilo ali bi prišlo do dogodka, ki bi posameznika ločil od njemu pomembne osebe. Neprijetni občutki se pojavljajo, tudi če ločitev traja kratek čas. Osebe, ki imajo separacijsko anksioznost

doživljajo fizične simptome stiske, lahko tudi nočne more. Kljub temu, da se simptomi najpogosteje razvijejo pri otrocih, se lahko nadaljujejo tudi v odraslo dobo življenja.

Selektivni mutizem

Za selektivni mutizem je značilno to, da oseba ni sposobna govoriti v socialnih situacijah, kjer je govor pričakovan na primer v šoli, v drugem okolju ali situaciji pa je oseba sposobna govoriti. Pogosto je povezana s sočasno anksioznostjo, tako na strani otroka kot s strani enega ali več družinskih članov. Selektivni mutizem ima pomembne posledice pri dosežkih na akademskem, delovnem področju in kakorkoli drugače negativno vpliva na normalno socialno komunikacijo v vsakdanjem življenju.

Specifične fobije

Za fobije je značilna prisotnost strahu, ki nastopi, ko oseba pride v stik s fobičnim dražljajem in je glede na določeno situacijo, predmet, dejavnost zelo vztrajen, ponavljajoč, pretiran in neracionalen ter je še vedno prisoten, četudi se oseba tega zaveda. Zelo pogosto ljudje doživljajo strah pred višino, grmenjem, krvjo, letenjem, zadrževanje v zaprtih prostorih, določenim živalim npr. pajkom, kačam... Strah je tako močen, da je oseba ovirana oziroma celo nezmožna opravljati vsakodnevne dejavnosti.

Socialna anksioznost

Za socialno anksioznost je značilno, da oseba doživlja anksioznost, strah in željo po izogibanju interakcij pri katerih bi lahko prišlo do tega, da osebo drugi ljudje ocenjujejo, kritizirajo npr. pri javnih nastopih, druženju v javnosti, situacije, kjer jo lahko druge osebe vidijo piti in jesti. Oseba lahko doživlja tako močne občutke nelagodja in strahu, da se ta razvije v panični napad. Prisoten je strah pred tem, da se bodo pred drugimi osramotili, ponižali, doživeli zavrnitev ali užalili drugo osebo.

Panična motnja

Pri panični motnji oseba doživlja ponavljajoče, nepričakovane napade izrazitega strahu in je neprenehno zaskrbljena o nastopu novih paničnih napadov ali spremeni svoje obnašanje, da se jim izogne na primer izogibanje določenih lokacij, izogibanje telovadbi,.. Panični napadi so nenadni občutki intenzivnega strahu ali intenzivnega nelagodja, ki dosežejo vrh v nekaj minutah, spremlja pa jih fizični in /ali kognitivni simptomi. Za pojav lahko obstaja razlog in so pričakovani na primer, ko je v bližini določen predmet oziroma situacija, ki se je oseba boji ali pa nastopijo popolnoma nepričakovano.

Agorafobija

Osebe, ki imajo agorafobijo doživljajo strah in tesnobo pri eni ali več naštetih situacijah: uporaba javnega prevoza, zadrževanje v zaprtih prostorih, stati v vrsti oziroma biti v gneči

ljudi, zadrževanje v odprtih prostorih, biti sam izven doma in drugih situacijah. Oseba se izogiba situacijam, ki mu vzbudijo strah in bi lahko sprožili celo panični napad in se lahko zaradi tega popolnoma osami. Posameznik se boji, da v določenih situacijah ne bo našel varnega izhoda, dobil pomoči v primeru paničnega napada, zato se jim poskuša izogniti.

Generalizirana anksiozna motnja

Generalizirano anksiozno motnjo spremljajo stalna in pretirana anksioznost in skrb glede različnih stvari na primer izvrševanje delovnih ali šolskih nalog, ki jih oseba težko nadzoruje. Osebe doživljajo tudi fizične simptome kot je nemir, zmedenost, težave pri koncentraciji ali priklicu misli, razdražljivost, napetost mišic in motnje spanja.

Anksiozna motnja povezana z različnimi substancami

Osebe s to vrsto anksioznosti doživljajo tesnobo zaradi intoksikacije z določeno substanco (alkohol, droge, zdravila), kot posledica odvajanja od substanc, ki povzročajo zasvojenost ali kot posledica zdravljenja.

Anksiozno motnjo zaradi zdravstvenih težav

Pri tej motnji pa gre za anksioznost, ki je posledica druge bolezni. Na primer nevrološke bolezni, metabolične nepravilnosti, endokrine bolezni, kardio-vaskularne bolezni in respiratorne bolezni.

3.2 Zdravljenje

Kognitivne in vedenjske terapije so ene izmed najbolj preučevanih pristopov za zdravljenje anksioznosti (Otte, 2011). Prav tako je anksioznost mogoče zdraviti z zdravili in drugimi alternativnimi metodami (npr. joga) z namenom spodbujanja duševne sprostitve in spremembe negativnih misli povezanih z anksioznostjo ter spremembe zaznavanja stresnega dogodka, kar bi vodilo k boljšemu prilagojenemu vedenju in izboljšanim sposobnostim spoprijemanja s situacijami (Marc, Toureche, Hodnett, Blanchet, Dodin in Njaya, 2011).

3.2.1 Kognitivna terapija

Kognitivna terapija je učinkovit, direktivni, časovno omejeni in strukturirani pristop, ki se uporablja za zdravljenje različnih duševnih motenj (depresija, tesnoba, fobije,..) (Beck, Rush, Shaw, in Emery, 1979). Usmerja se na prepoznavanje nefunkcionalnih miselnih shem (načinov razmišljanja, predstav, stališč, prepričanij) in njihovo spreminjanje (Otte, 2011). Velik poudarek je na pomenu povezave mišljenja s posameznikovo osebnostjo. Pomembno je posameznikovo razumevanje situacije, kako jo doživlja in interpretira

dogodke, kar pa je odvisno od njegovih kognitivnih shem (Anić in Janjušević, 2007). Eden izmed pomembnejših konceptov kognitivne terapije je povezanost naših misli in predstav s čustvovanjem, vedenjem in fiziološkimi telesnimi reakcijami. Ta proces se dogaja v kontekstu nekega okolja, ki dodatno, specifično vpliva na posameznika. Terapija temelji na osnovnem teoretičnem razumevanju, da sta posameznikov vpliv in vedenje determinirana glede na to, kako strukturira svoj svet. Njegove kognicije (verbalne ali le tok zavesti) temeljijo na predvidevanjih pridobljenih iz preteklih izkušenj (Beck, Rush, Shaw, in Emery, 1979).

Kognitivne teorije čustvenih motenj nakazujejo, da neprimerni miselni procesi povzročajo čustveno vznemirjenje. Še posebno so anksiozne motnje posledica izkrivljenih prepričanj o neki fizični ali psihološki grožnji in povečan občutek notranje ranljivosti. Kognitivna terapija pomaga pacientom prepoznati in popraviti te popačene misli, ter s tem zmanjšati strah, ki ga doživljajo (Otte, 2011). Tako kot pri drugih terapijah je tudi pri tej zelo pomemben odnos pacient-terapevt, saj je napredek možen le, če je ta odnos kvaliteten. Poudarjen je pomen sodelujočega odnosa in soodgovornosti, ki je dosežen s pazljivim poslušanjem, empatičnimi opombami, pristnim terapevtovim zanimanjem, občasnim povzemanjem misli in občutij ter realnim optimizmom. Beckov (1976) pogled na odnos pacient-terapevt izrazito poudarja sodelovanje. Terapevt nudi strokovno znanje in spodbuja pacienta k sodelovanju, medtem ko pacient aktivno sodeluje pri določanju ciljev in je soodgovoren za spremembe (Anić in Janjušević, 2007).

Tehnike v kognitivni terapiji so tehnika samo inštrukcij, tehnika reševanja problemov, imaginacija in kognitivna rekonstrukcija (Rotvejn Pajič, 2001).

Rekonstrukcija- ponovno kognitivno strukturiranje

Avtomatske misli so misli, ki se običajno pojavljajo spontano, avtomatično. So miselni tok, ki ga po navadi dojamemo kot resničnega, brez nekega vrednotenja ali razmisleka. Večinoma so nezavedne, vendar se jih lahko z vajo začnemo zavedati. Avtomatske misli so značilne za vse ljudi, ne le za tiste z duševnimi težavami, pri katerih so avtomatske misli disfunkcionalne ali distorzijske (Pastirk in Knuplež, 2008). S kognitivno rekonstrukcijo jih poskušamo prepoznati, nanje gledati kritično in jih modificirati (Anić in Janjušević, 2007).

Tehnika samoinštrukcij (samonavodil)

Pri tej tehniki je govor uporabljen kot notranji regulator in orodje za mišljenje. Uporablja se zavestno in kontrolirano usmerjanje govora (samo navodila), pri reševanju problemov, saj naj bi bila čustva in vedenje pod vplivom notranjega govora, ki se tekom razvoja na osnovi lastnih izkušenj in povratnih informacij iz okolja internalizira v posamezniku (Rotvejn Pajič, 2001).

Tehnika reševanja problemov

Pri tej tehniki gre za učenje sistematičnega, strukturiranega pristopa k reševanju različnih problemov. V procesu reševanja problemov smo seznanjeni z uspešnimi odzivi pri soočanju s problematičnimi situacijami. Povečuje se možnost izbiranja najbolj primernih, učinkovitih odzivov (Rotvejn Pajič, 2001).

3.2.2 Vedenjska terapija

Namen vedenjske terapije je usmerjanje na človekovo vedenje in spremembe vedenja, ki je za posameznika in okolje neprimerno, moteče (Pastirk in Knuplež, 2008). Terapija poteka strukturirano individualno, skupinsko ali v paru, pred tem pa mora terapevt, da terapija lahko poteka, pridobiti čim več ustreznih informacij. Pomembna je analiza obstoječe situacije, saj vedenjska teorija izhaja iz pacientovega vedenja tukaj in zdaj. Program se tako izdelava individualno, za vsakega pacienta posebej. Določeni so natančni cilji, ki so enoznačno postavljeni, definirani skupaj s pacientom in postavljeni v program, ki je natančno izdelan in vsebuje merljive elemente ter je na koncu evalviran. Pri vedenjski terapiji terapevt prevzema elemente raziskovalnega dela in se opira na empirične izkušnje svojih tehnik (Anić in Janjušević, 2007).

Vedenjske tehnike imajo pomembno vlogo pri terapiji vseh vrst anksioznih motenj (paničnih napadov, fobijah, generalizirani anksioznosti itd.). Z njimi se posameznik uči samokontrole, poveča asertivnost in se uči socialnih veščin. Tehnike v vedenjski terapiji so: relaksacija, pogojevanje, učenje po modelu, trening asertivnosti, izpostavljanje, samoopazovanje, načrtovanje aktivnosti in igra vlog (Rotvejn Pajič, 2001).

Načrtovanje aktivnosti

Je tehnika, ki preko časovnega načrtovanja aktivnosti povečuje občutek samokontrole. Oseba sledi načrtu, je organizirana, kar zmanjša občutek vznemirjenosti. Pogosto se uporablja pri zdravljenju depresije, za aktivacijo bolnika (Anić in Janjušević, 2007).

Trening asertivnosti (samopotrjevanja)

Pri tej metodi se pacienti naučijo »postaviti zase«, se jasno izraziti, brez agresivnih, pasivno-defenzivnih interakcij. Metoda se uporablja v individualnem pristopu, še večkrat pa kot skupinski trening, saj posameznik v skupini preverja pri drugih ljudeh, če so njegova nova vedenja sprejeta (Anić in Janjušević, 2007).

Relaksacija

S pomočjo relaksacije lahko povečamo dostop pozitivnih informacij iz spomina, z njo lahko pacienti povečajo nadzor nad motečimi, negativnimi fiziološkimi simptomi napetosti. Eden najbolj pogostih vrst sproščanja, ki se uporablja v vedenjski terapiji, je progresivna mišična relaksacija (Anić in Janjušević, 2007). Vsebuje kontrolirane cikle napenjanja-sproščanja mišic, pri čemer se posameznik uči razlikovanja med napetim in sproščenim stanjem mišic, pri procesu pa je pomembno tudi pravilno dihanje (Carter in Mackereth, 2017).

Izpostavljanje

Tehnika se uporablja predvsem pri zdravljenju fobij in anksioznih stanj, pri njej pa posameznik sooči z dejavnikom, ki mu povzroča strah in katerega se poskuša izogibati. Ena izmed vrst izpostavljanja je sistematična desenzitizacija. Joseph Wolpe je to tehniko opisal kot tehniko postopnega izpostavljanja situacijam, ki v posamezniku budijo strah, pri čemer se po pravilu uvaja dopolnilni stimulus oziroma dopolnilna situacija, ki ni združljiva s strahom. Izhajal je iz hipoteze, da je za učinkovito zdravljenje fobij, anksioznosti, potrebno prepoznati odgovore, ki so nasprotni strahu in jih potem vključiti v okoliščine, ki običajno vzbudijo strah. V dani situaciji je kot primerno vedenje, ki je nasprotno doživljanju strahu, uporabljal relaksacijo (Anić in Janjušević, 2007).

3.2.3 Alternativne metode

Masažna terapija

Masažna terapija je priljubljeno alternativno zdravljenje, ki vključuje manipulacijo mehkih tkiv telesa preko pritiska in gibanja. Lahko služi kot učinkovita intervencija pri nosečnicah, ki imajo depresivne in anksiozne simptome, saj je bilo ugotovljeno, da pomaga pri zmanjševanju občutka tesnobe, izboljšanju počutja, spanja in zmanjšanju bolečine v hrbtu. Ženske, ki so se udeležile masažne terapije, so imele tudi zaznано zmanjšanje stresnega hormona kortizola. Prav tako so imele manj težav pri porodu ter tudi njihovi otroci so imeli manj poporodnih težav (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg in Kuhn, 2004). Masaža lahko izboljša počutje in odnose pri nosečnici, saj masažo lahko izvaja njen partner (Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds in Figueiredo, 2009).

Glasbena terapija

Uporaba glasbe v zdravstvene namene je zaradi svojih terapevtskih učinkov lahko zelo učinkovita. Glasba nevtralizira negativne emocije, harmonizira notranje procese, znižuje raven stresa in pomaga pacientom pri ohranjanju sproščenosti. Ob poslušanju glasbe lahko desni možgani sprostijo endorfine iz hipofize, s čimer se zmanjša fiziološki odziv in povzroči sproščanje. Poleg tega glasba spremeni interakcije v talamusu in retikularnem

aktivacijskem sistemu ter ima vpliv na čustva, telesno mišičje in avtonomne funkcije, kot so krvni tlak, srčni utrip in hitrost dihanja (Sook Shun, in Hee Kim., 2011).

Joga

Joga je tudi potencialno alternativno zdravljenje, ki je tako kot masaža, varna za nosečnice in povzroča povečano vagalno aktivnost (Mitchell, Field, Diego, Bendell, Newton, in Pelaez, 2012). V zadnjem desetletju je hitro postala kot običajna vadba in sprostitevna praksa za nosečnice. Možen razlog za njeno priljubljenost je, da je joga stara, celovita terapija telesnega in duševnega zdravja. Čeprav obstaja veliko vrst izvedbe joge, le ta običajno združuje vaje za raztegovanje in različne položaje z globokim dihanjem, sprostitvev in meditacijo. Izvajanje joge naj bi pomagalo pri doseganju nižje telesne teže, spodbujanju dobrega psihološkega zdravja z izboljšanjem spanja, zmanjševanju stresa, tesnobe in depresije, lajšanju sindromov s kroničnim bolečinam, kot so artritis, kronična bolečina v spodnjem delu hrbta in bolečine v glavi, migrene ter izboljšanje diabetesa pri odraslih. Joga daje nosečnici priložnost, da razvije duševno zdravje in dobro počutje ter vzpostavlja povezavo z njenim še nerojenim otrokom (Jiang, Wu, Zhou, Dunlop in Chen, 2015).

3.2.4 Farmakološko zdravljenje

Pri farmakološkem zdravljenju duševnih motenj v času nosečnosti je potrebno skrbno pretehtati med tveganjem in koristjo. Nosečnico je potrebno individualno oceniti in ji pripisati primerno zdravljenje (vrsto in odmerek zdravila) (Hriberšek, 2015). Zdravila naj bi bila predpisana takrat, kadar je tveganje za razvoj duševne motnje in njenih negativnih posledic večji od tveganj, ki pridejo z izpostavitvijo matere in fetusa zdravilom. Zdravilo se šteje za teratogeno, kadar izpostavljenost pred rojstvom znatno poveča tveganje za prirojene deformacije (Rubinchik, Kablinger, in Gardner, 2005).

Antidepresivi

Danes so med najbolj uporabljenimi zdravili selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI) in selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina in norepinefrina (SNRI) (Ryan, Milis in Misri, 2005).

SSRI vključujejo fluoksetin (npr. Prozac), paroksetin (Paroxat), sertralin (npr. Zoloft), fluvoksamin (npr. Avoxin) in citalopram (Ciprallex). Venlafaksin je primer SNRI antidepresiva. Bupropion (npr. Wellbutrin) in mirtazapin (Mirzaten) spadata med novejše antidepresive z dvojnimi delovanjem, ki jih predpisujemo nosečnicam (Ryan, Milis in Misri, 2005). Mirtazapin je povezan s povečanjem spontanih splavov, ne pa s povečanjem telesnih napak pri rojstvu. Enaki rezultati veljajo za bupropion, nefazodon in trazodon.

(Annievrno, Bramante, Mencacci in Durbano, 2013). Ugotovljeno je bilo, da vsi SSRI-ji, kot tudi venlafaksin (Effectin), prehajajo skozi posteljico. Paroksetin in sertralin prehajata skozi posteljico počasneje kot fluoksetin, vendar je treba to ugotovitev v klinični praksi razlagati previdno. Če se je bolnica najbolje odzvala na fluoksetin, je priporočljivo, da med nosečnostjo nadaljuje z njegovim jemanjem. Vsaka mati in dojenček drugače presnavljata zdravila, zato ni mogoče izvesti univerzalnega priporočila o izbiri določenega zdravila med nosečnostjo ampak je potrebna individualna ocena (Ryan, Milis in Misri, 2005).

Neželeni učinki izpostavljenosti tricikličnim antidepresivom ploda so podobni kot pri SSRI (npr. Prezgodnje rojstvo, nizka porodna teža, težave z dihanjem, hipoglikemija, cianoza, konvulzije, zmanjšana ocena na Apgar lestvici in potreba po posebnih negovalni oskrbi) vendar še bolj intenzivni (Annievrno, Bramante, Mencacci in Durbano, 2013).

Benzodiazepini

Med nosečnostjo se svetuje uporaba benzodiazepinov, če so le ti kratko-delujoči in se uporabljajo le za kratek čas (manj kot 4 tedne) (Annievrno, Bramante, Mencacci in Durbano, 2013). Prav tako je potrebno uporabiti najnižji odmerek in se izogibati sočasnemu jemanju še katerega drugega zdravila, ki vpliva na centralno živčevje, saj lahko pride še posebno pri uporabi benzodiazepinov v tretjem trimesečju do sindroma »floppy baby«, za katerega je značilna hipotermija, letargija, oslABLjeno dihanje, težave pri hranjenju in upočasnitev rasti (Vythilingum, 2009).

Benzodiazepini zagotavljajo takojšnjo simptomatsko razbremenitev in se lahko uporabijo sami ali v povezavi z antidepresivom za dolgotrajno zdravljenje, vendar je treba pacientko opozoriti na tveganje razvoja odvisnosti (Vythilingum, 2009).

Antipsihotikov se je potrebno izogibati kot prvo sredstvo za zdravljenje anksioznosti, vendar so lahko koristni pri zdravljenju odpornih podtipov generalizirane anksiozne motnje. Obstajajo redki dokazi o nebistvenem povezovanju s katerokoli prirojeno napako, vendar pa so potrjevali povezavo z debelostjo v nosečnosti in visoko ali nizko porodno težo otroka (Annievrno, Bramante, Mencacci in Durbano, 2013).

4 DEPRESIJA

Depresija je druga najpogostejša duševna motnja, pri čemer se z njo sooči vsaj 20% ljudi v razvitem svetu, v nekem obdobju življenja (Cruwys, Haslam, Dingle, Haslam in Jetten, 2014). Je ena vodilnih povzročiteljev obolevnosti na svetu. Medtem, ko se ocene prevalence v življenju razlikujejo od 3% na Japonskem do 16,9% v ZDA, se pogostost v drugih državah običajno spreminja od 8% do 12% (Flint in Kendler, 2014).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO-World Health Organisation) opredeljuje depresijo kot pogosto duševno motnjo, za katero je značilna žalost, izguba zanimanja ali užitka pri dejavnostih, občutek prekomerne krivde ali brez vrednosti, moten spanec ali apetit, občutek utrujenosti in slabe koncentracije, v najhujših primerih pa tudi ponavljajoče se misli o smrti ali samomoru. Lahko je dolgotrajna ali ponavljajoča in tako ovira normalno delovanje posameznika v vsakdanjem življenju (WHO 2018). Depresija se lahko pojavi v različnih življenjskih obdobjih ali v različnih situacijah in tudi kot del drugih motenj. Lahko je blaga (oseba z večjim naporom opravlja vsakodnevne naloge), zmerna (oseba morda kljub naporu ni zmožna opraviti vseh nalog) ali huda (oseba zelo težko naredi katerokoli od vsakodnevnih nalog) (ACOG, 2018).

Dojemanje sebe in drugih pri posamezniku z depresijo je spremenjeno. Zdi se jim, da je njihovo brezupno in potrto stanje normalna posledica njihovega neuspešnega življenja ter odraz njihove nevredne, nezanimive, nepriljubljene in ne iniciativne osebnosti. V njihovem doživljanju ni več možnosti za spremembe in izboljšanje stanja, teža sveta in situacije postane prevelika, da bi se ji še upirali in iskali rešitve. Osebe so kronično utrujene, se ne morejo odpočiti, čeprav veliko počivajo (Erzar, 2007).

Simptomi depresije se kažejo v štirih različnih sklopih: vedenje, čustva, telo in misli. Depresivna oseba se sooča z negativni mišljenjem npr. sem slab/a, nevreden/a, nimam prihodnosti, ni mi pomoči, ne vidim smisla, misel na smrt. Na čustveni ravni doživljajo žalost, tesnobo, potrto, nemoč. V vedenju se depresija lahko izrazi kot pogosto jokanje, umik v samoto, nespečnost, pretiran spanec, poležavanje, zanemarjanje osebne higiene,.. Na telesni ravni pa oseba doživlja bolečino (v glavi, hrbtu, prsni, trebuhu..), utrujenost, mravljinice. Te simptomi se iz vseh sklopov med seboj navezujejo in povezujejo med seboj (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006).

4.1 Klasifikacija depresije

Depresijo štejemo k motnjam razpoloženja (Erzar, 2007). Ameriška psihiatrična zveza (APA) je v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-V) motnje razpoloženja razdelila na dve veji. Pod eno sodijo bipolarne in bipolarni podobne motnje, pod drugo pa depresivne motnje, ki so nadalje razdeljene v naslednje kategorije (APA, 2013).

Motnja moteče nenadzorovanosti razpoloženja

Ta motnja je nova v DSM-V, za njo pa je značilna kronična, huda vztrajna razdražljivost pri otrocih in mladostnikih. Motnja je bila dodana tudi zaradi skrbi glede morebitne

pretirane pogostosti uporabe diagnoze in prekomernega zdravljenja bipolarnе motnje pri otrocih in mladostnikih. Posamezniki s to motnjo doživljajo resne ponavljajoče izbruhe temperamenta, ki se kažejo besedno (besedni bes) in/ ali vedenjsko (fizična agresija do ljudi, lastnine).

Velika depresivna motnja

Vključuje epizode slabega počutja, ki trajajo vsaj dva tedna. Pogosto imajo osebe nizko samospoštovanje, izgubo zanimanja za običajno prijetne dejavnosti, pomanjkanje energije in bolečine v telesu. Vpliva na posameznikovo počutje, mišljenje in obnašanje ter lahko vodi do različnih čustvenih in fizičnih težav. Simptomi so običajno dovolj resni, da povzročajo opazne težave pri vsakodnevnih aktivnostih, kot so delo, šola, družabne dejavnosti ali odnosi z drugimi. Nekateri ljudje se morda počutijo na splošno nesrečno, ne da bi točno vedeli, zakaj (APA, 2013).

Dolgotrajna depresivna motnja oziroma distimija

Motnja je kronična oblika depresije, pri kateri se motnje razpoloženja nadaljujejo vsaj dve leti pri odraslih in eno leto pri otrocih. Je resna in onesposablajoča motnja, ki ima veliko simptomov, ki so skupni z drugimi oblikami klinične depresije. Na splošno je manj huda, vendar bolj kronična oblika velike depresivne motnje. Lahko se pojavi sama ali skupaj z drugo duševno motnjo. Pogostost vegetativnih simptomov (motnje spanja ali apetita) je veliko manj pogosta kot pri veliki depresiji (APA, 2013).

Predmenstrualna disforična motnja

Motnja sledi ovulaciji in izgine v nekaj dneh po menstruaciji ter vpliva na delovanje ženske. Oseba doživlja labilno razpoloženje, razdražljivost, disforijo in anksioznost. Za diagnozo te motnje se morajo simptomi pojaviti v večini menstrualnih ciklov v preteklem letu in imajo negativni vpliv na normalno delovanje ženske pri delu oz. v socialnem življenju (APA, 2013).

Depresivna motnja zaradi drugih zdravstvenih težav

Depresijo lahko povzročijo splošne zdravstvene težave, ki vplivajo na telesne sisteme ali dolgotrajne bolezni, ki povzročajo stalno prisotnost bolečine. Nekatere od teh zdravstvenih težav so HIV/aids, diabetes, artritis, kapi, motnje možganov, kot so Parkinsonova bolezen, Huntingtonova bolezen, multipla skleroza in Alzheimerjeva bolezen, metabolni pogoji (npr. pomanjkanje vitamina B12), avtoimunske razmere (npr. lupus in revmatoidni artritis), virusne ali druge okužbe (hepatitis, mononukleoza, herpes), bolečine v hrbtu, nekateri raki... (APA, 2013).

Depresivna motnja, ki jo povzroči uporaba substanc/zdravil

Pod to motnjo spada depresija, ki se pojavi zaradi uporabe zdravil in zlorabe psihoaktivnih substanc (npr. alkohol, droge). Simptomi se lahko pojavijo med jemanjem oziroma po prenehanju jemanja substanc (APA, 2013).

Ostale določene depresivne motnje

Nedoločene depresivne motnje

Skupni diagnostični simptomi pri vseh teh motnjah vključujejo občutek žalostnega, praznega ali razdražljivega razpoloženja, ki je povezan s spremembami somatskih in kognitivnih funkcij. Vse te spremembe ovirajo sposobnost posameznika, da normalno deluje. Razlike med njimi so pri trajanju bolezni in etiologiji (APA, 2013).

4.2. Vzroki za nastanek

Genetski

Za pojav depresije lahko vpliva posameznikova genetska predispozicija. Osebe so lahko genetsko bolj dovzetne za stres, vendar, ali se bo depresija pojavila ali ne pa je odvisno tudi od drugih faktorjev. Povečano je le tveganje za obolevnost.

Na razvoj depresije ima vpliv tudi spol, saj se distimija in velika depresivna motnja pojavita pogosteje pri ženskem kot pri moškem spolu (Erzar, 2007).

Socialni (stres in travme)

Stres, travma in zloraba vodijo v psihopatologijo. Stres, interpretacija in naučeno modeliranje stresa ima vpliv na delovanje in strukturo možganov preko hipotalamo-hipofiza- skorja nadledvične žleze osi (osi HPA) in stresnih hormonih. Prav tako zvečane količine kortizola (stresnega hormona) v hipokampusu, kot posledica izpostavljenosti kroničnemu stresu, uničujejo njegove živčne celice, kar povzroči nenadzorovan zvečan nastanek kortizola, zmanjšane sposobnosti organizma za zaustavitev stresa in staranja hipokampusa (Erzar, 2007).

Psihološki

Način, kako si posameznik razlaga in dojema stresne dogodke zunanjega sveta, močno vpliva na njihove učinke nanj. Stres je podkrepjen oz. omiljen, glede na to, kakšen pomen posameznik pripiše določenemu stresnemu dogodku ali situaciji. Dovzetnost za depresijo je tesno povezana s takim mišljenjskim vzorcem, ki stresne dogodke, situacije pogosto napačno (pretirano katastrofalno) interpretira in jim pripiše pretiran vpliv na lastno življenje. Prav tako posameznik samega sebe ocenjuje zelo strogo in nepopustljivo. Sam

kognitivni stil ni dovolj za razvoj bolezni, vendar vpliva na posameznikovo življenje ter na druge dejavnike (Erzar, 2007).

Telesni

Depresija se lahko pojavi tudi kot posledica zdravstvenega stanja, kot so na primer možganska kap, hipotiroidizem, rak trebušne slinavke, Cushingova bolezen ali zvečano izločanje kortikosteroidov. Osebe so lahko bolj dovzetne za depresijo tudi zaradi jemanja nekaterih zdravil npr. oralne kontracepcijske tablete in zdravila proti zvišanemu pritisku. Prav tako so lahko depresivne epizode prisotne pri posameznikih, ki abstiniirajo od alkohola in drugih drog (Erzar, 2007).

4.3 Zdravljenje

Terapevtski cilj zdravljenja med nosečnostjo je doseči mentalno stabilno stanje matere, brez, da bi povzročali škodo otroku. Potrebno je pretehtati pričakovane koristi zdravljenja za mater in otroka ter možne negativne posledice zdravljenja (Mohapatra, Yaduvanshi, Agrawal in Gupta, 2013).

Veliko bolnikov z blago do zmerno depresijo lahko zdravimo s psihosocialnimi pristopi, vključno z individualno in skupinsko psihoterapijo, namesto zdravili. To je še posebej primerna izbira za ženske, ki se trudijo zanositi ali so že noseče, saj se veliko žensk želi izogniti uporabi zdravil. Kot zelo učinkoviti sta se izkazali kognitivno vedenjska terapija in interpersonalna psihoterapija (Yonkers, Wisner, Stewart, Oberlander, Dell, Stotland, Ramni, Chaudron in Lockwood, 2009).

4.3.1 Interpersonalna psihoterapija

Interpersonalna (medosebna) psihoterapija (IPT) je lahko učinkovit pristop zdravljenja depresije med nosečnostjo zaradi poudarka prenosa vloge in interpersonalne funkcije.

Interpersonalna psihoterapija temelji na opažanju, da se depresija ne glede na vzorce simptomov, resnost, domnevno biološko ali genetsko ranljivost ali osebnostne lastnosti pacientov po navadi pojavlja v interpersonalnem kontekstu, pogosto gre za interpersonalno izgubo ali spor. Z razjasnitvijo, preusmerjanjem in ponovnim pogajanjem interpersonalnega konteksta, ki je povezan z nastopom depresije, se lahko depresivno pacientovo simptomatsko okrevanje pospeši (Weissman in Klerman, 2015).

V okviru interpersonalne psihoterapije lahko depresijo razdelimo na tri komponente

- 1) Nastanek simptomov: Vključuje depresivni učinek in vegetativne znake in simptome, kot so motnje spanja, izguba apetita, izguba zanimanja za aktivnosti, užitek...

2) Socialno delovanje: Vključuje socialne interakcije z drugimi ljudmi, zlasti v družini, ki izhajajo iz učenja na podlagi izkušenj v otroštvu in težave pri obvladovanju socialnih situacij.

3) Osebnost: Sem pa spadajo trajnostne lastnosti in vedenje, kot so obvladovanje jeze in krivde ter splošna samozavest posameznika (Weissman in Klerman, 2015).

IPT je kratka, tedenska psihoterapija, ki se običajno izvaja od 12 do 16 tednov. Razvita je bila za ambulantne, ne- bipolarne, ne-psihotične bolnike z večjo depresijo. Poudarek je na izboljšanju kakovosti sedanjega interpersonalnega delovanja depresivnih pacientov in težav, ki so povezane z nastopom depresije (Weissman in Klerman, 2015).

4.3.2 Kognitivno vedenjska terapija

Kognitivno vedenjska terapija (KVT) je psihoterapevtska smer, katere cilj je pomoč ljudem pri premagovanju čustvenih težav. Več študij ugotavlja, da je zdravljenje depresije in anksioznosti s KVT učinkovitejše kot samo zdravljenje z zdravili (Branch in Willson, 2011). KVT je kombinacija tako kognitivnih kot vedenjskih tehnik zdravljenja (Bhat, 2017).

KVT za zdravljenje depresije je razvil A. T. Beck v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, od takrat pa je bil pristop razširjen in preučevan v veliki meri. Beckov kognitivni model je domneval, da posameznikove interpretacije negativnih življenjskih dogodkov igrajo vlogo pri doživljanju depresije. Trdil je, da imajo depresivni posamezniki negativna prepričanja ali sheme, ki naj bi se razvile v zgodnjem otroštvu in vključevale teme izgube, neustreznosti, medosebne zavrnitve in ničvrednosti. V Beckovem modelu ta prepričanja predstavljajo kognitivno ranljivost (diatezo) do depresije. Prepričanja se aktivirajo zaradi neugodnih življenjskih dogodkov (stresa) in ustvarijo negativne (avtomatske) misli o sebi, svetu in prihodnosti (Beckovo kognitivno triado), kar vodi do negativnega razpoloženja (Mor, 2009). Cilj kognitivne vedenjske terapije je pomagati posamezniku, da prepozna svoj vzorec negativnega razmišljanja, oceni njegovo veljavnost in nadomešča te napačne vzorce z bolj zdravim načinom razmišljanja (Bhat, 2017).

Kognitivno rekonstruiranje je interaktivni proces, v katerem terapevt identificira in izpodbija neustrezne in netočne negativne misli in vzorec razmišljanja, ki prispevajo k razvoju depresije, pogosto v obliki dialoga med klientom in terapevtom. Pri kognitivnem rekonstruiranju tako stranka kot terapevt delata na spreminjanju vzorca razmišljanja in vedenjske aktivacije. KVT se osredotoča na sedanjost, se pravi kaj in kako človek misli, bolj kot zakaj oseba tako misli. Druga značilnost KVT je, da je cilj specifičen. Cilj seanse je vnaprej določen s strani terapevta, klient pa poda dolgoročne cilje kot tudi cilje za posamezne seanse. Dolgoročnejši cilji lahko trajajo več tednov ali mesecev (Bhat, 2017).

4.3.3 Farmakološko zdravljenje

Na splošno je zdravljenje z antidepresivi učinkovito, pri različnih oblikah in jakostih velike depresivne epizode pri veliki depresivni motnji. Na voljo so različni antidepresivi, ki se med seboj razlikujejo po svoji kemični sestavi (triciklični, heterociklični antidepresivi) in nevrokemičnih učinkih (zaviralci ponovnega privzema serotonina in inhibitorji monoamin-oksidge) (Erzar, 2007). Pred odločitvijo za zdravljenje z antidepresivi je potrebno pretehtati med tveganjem, ki pride z uporabo antidepresivov med nosečnostjo in po njej ter tveganjem in posledicam, ki nastopijo pri nezdravljeni depresiji matere (Becker, Weinberger, Chandy in Schmukler, 2016).

Uporaba tricikličnih antidepresivi, kot so amitriptilin in imipramin, imajo v nosečnosti nižja znana tveganja kot drugi antidepresivov, čeprav je tveganje povezano s prevelikim odmerjanjem tricikličnih antidepresivov ostaja, prav tako pa tudi vprašanje tolerance nosečnice. Triciklična uporaba antidepresiva med nosečnostjo je povezana z odtegnitvenim sindromom pri novorojenčku. V nosečnosti je priporočeno znižanje odmerka tri do štiri tedne pred porodom (Conlon in Lync, 2008). Izpostavljenost klomipraminu lahko poveča tveganje za srčne pomanjkljivosti (Pearlstein, 2015).

Fluoksetin je najbolje dokumentiran selektivni zaviralec ponovnega privzema serotonina (SSRI), uporabljen v nosečnosti. Številne študije so pokazale, da uporaba fluoksetina v prvem trimesečju nosečnosti ni povezana s teratogenimi učinki. Kljub temu pa obstaja vedno večja prepoznavnost povezave med uporabo SSRI-jev v nosečnosti (še posebno v tretjem trimesečju) in sindrom neonatalne abstinence oziroma odtegnitvenim sindromom (Conlon in Lync, 2008). Njegovi simptomi vključujejo težave z dihanjem, cianozo, apnejo, napadi, temperaturno nestabilnost, težave pri hranjenju, bruhanje, hipoglikemijo, hipotonijo, hipertonijo, hiperrefleksijo, tremor, tresenje, razdražljivost in vztrajen jok ter se pojavlja pri do 30% novorojenčkov, ki so izpostavljeni SSRI-jem ter zaviralcem ponovnega privzema serotonina in norepinefrina (SNRI). Simptomi odtegnitvenega sindroma se lahko razlikujejo glede na antidepresive, materinske dejavnike ali dejavnike novorojenčkov. Nekateri študije so poročale, da je sindrom bolj verjeten pri izpostavitvi fluoksetinu, paroksetinu in venlafaksinu v tretjem trimesečju (Pearlstein, 2015). Najbolj varna od vseh antidepresivov sta escitalopram in sertralin.

Izpostavljenost antidepresivom je bila povezana tudi s predčasnim porodom, zmanjšano porodno težo, trajno pljučno hipertenzijo in tudi z možno povezavo z motnjami avtističnega spektra. Paroksetin je povezan s srčnimi malformacijami. Večina antidepresivov se izloča v majhnih količinah v materino mleko in je na splošno združljiva z dojenjem (Becker, Weinberger, Chandy in Schmukler, 2016).

Če noseča ženska prične jemati antidepresiv, je pomembno, da doseže remisijo, tako da plod ne bo izpostavljen tveganjem za prenizko porodno težo, prezgodni porod,.. Prednostna zdravila v nosečnosti so tista z najboljšimi podatki o varnosti, malo metabolitov, večjo vezavo na beljakovine za zmanjšanje prehodnosti v placento in manj interakcij z drugimi zdravili (Pearlstein, 2015).

5 NOSEČNOST

Prvih devet mesecev od spočetja do rojstva imenujemo obdobje prednatalnega razvoja in je najbolj dramatično ter zelo zapleteno obdobje za razvoj človeškega bitja (Marjanovič Umek, 2009).

Nosečnost je zapleten fiziološki proces, na katerega vplivajo številni dejavniki v življenju posameznice. Ti dejavniki vključujejo njeno genetsko zasnovo, kulturno ozadje, življenjske izkušnje pred nosečnostjo in njeno stopnjo osebnega razvoja v času oploditve in med nosečnostjo (Waters in Madeleine, 1994).

Obdobje nosečnosti je lahko čas radosti in pozitivnih pričakovanj, lahko pa tudi obdobje stresa in težav. Prinese različne fiziološke in psihološke spremembe ter tako mame kot očetje se morajo soočiti s številnimi novimi izzivi. Zaradi tega je lahko v obdobju nosečnosti povečana možnost za pojav duševnih motenj oziroma njihov ponovni nastop. Depresija in anksioznost sta najbolj pogosti duševni motnji v času med in po nosečnosti, simptomi pa variirajo od zmernih do zelo hudih (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Na globalni ravni ima približno 10% žensk med nosečnostjo in 13% žensk po rojstvu otroka duševne motnje, zlasti depresijo. Stopnje razširjenosti duševnih motenj v državah v razvoju so še večje v primerjavi s 15,6% med nosečnostjo in 19,8% v obdobju po porodu (World Health Organisation, 2018).

Obstajajo številni razlogi, zakaj ni toliko pozornosti usmerjene na duševne težave v obdobju nosečnosti kot v času po njej. Na primer, zaradi napačnega prepričanja, da so ženske »hormonsko zaščitene« pred mentalnimi težavami v času nosečnosti. Prav tako pa so ženske lahko nenaklonjene za deljenje svojih občutkov žalosti in razdražljivosti drugim ljudem, saj le ti niso v skladu s splošnim pričakovanjem, da je nosečnost za žensko samo pozitivno, srečno obdobje. Ob tem je več pozornosti usmerjene k preverjanju telesnega zdravja matere in fetusa, kot pa njenega mentalnega zdravja, glede katerega pritožbe matere so lahko hitro pripisane fizičnim in hormonskim spremembam v tem obdobju (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016). Prav tako pa so nekateri simptomi v

nosečnosti (utrujenost, izguba energije, apetita, spanja) običajni in jih je zato težko razlikovati od simptomov depresije (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Noseča ženska se sooča z biološko ženskostjo, ki vpliva na njeno samopodobo (Bjelica, Cetkovic, Trninic-Pjevic in Mladenovic-Segedi, 2018). Neposredno se sooča s svojimi biološkimi lastnostmi in spreminjanjem statusa v življenju, od hčera staršev do matere otroka (Kapor-Stanulovičeva, 1985, po Rojšek, 1996).

Poleg tega se sooča s številnimi posebnimi strahovi glede poteka in izida nosečnosti, zato je še posebej ranljiva, saj jo pogojujejo prilagoditvene zmožnosti njene osebnosti, načina življenja in statusa v družbenem okolju (Bjelica, Cetkovic, Trninic-Pjevic in Mladenovic-Segedi, 2018).

Nosečnost je možno obravnavati s treh vidikov (psihiatričnega, psihoanalitičnega in psihološkega). Pri psihološkem gre za preučevanje spremenljivk osebnosti glede na različen potek nosečnosti in poroda, opisi značilnosti psihiatričnih motenj v času nosečnosti in njihovi vzroki sodijo pod psihiatrični vidik, pri psihoanalitičnem pa gre za opredeljevanje pomena nosečnosti za žensko v njenem življenju z vidika psihoanalize (Kapor-Stanulovičeva, 1985, po Rojšek, 1996).

Daniel Stern (1995) obdobje nosečnosti in poroda opisuje kot čas, ko se mora ženska v svojem življenju največ posvečati "mentalnemu delu in predelavi". To naj bi bilo še posebej resnično za rojstvo prvega otroka, ker tudi predhodne izkušnje z otroci skozi življenje ali izpostavljenost bratom in sestram ne more pripraviti ženske za "empatično poglobljanje in osnovno identifikacijo", ki je potrebna za vzgojo otrok. V življenju ženske ni nobene druge dejavnosti, ki bo zahtevala njeno tako polno čustveno navzočnost in vpletenost, tako kot vzgoja otroka. Stern identificira štiri teme, ki preokupirajo nosečnico. Prva je tema "življenja", kjer se bodoča mama boji, ali bo sposobna ohranjati otroško življenje. Ima strahove za lastno preživetje in preživetje otroka. Ko se otrok rodi, se sprašuje, ali bo lahko zagotovila oskrbo, ki bo otroku omogočila rast, napredek in uspevanje. Zelo je ranljiva za kritike in sodbe drugih. Okolje pričakuje, da bo rojstvo novega otroka vesel čas, vendar je za mnoge ženske, tudi tiste, ki so deležne veliko podpore, konfliktno in stresno.

Druga tema je "primarna povezanost", kjer se pričakujoča mati sprašuje, ali bo resnično lahko ljubila svojega otroka, ali bo čutila navezanost, ki naj bi jo glede na pričakovanja družbe čutila in ali ji bo ta povezanost z otrokom omogočila, da razvije posebno občutljivost, s katero bo lahko »prebrala« potrebe otroka.

Naslednja tema je tema "podporne matrice" in se nanaša na sposobnost matere, da lahko sama vzpostavi in vzdržuje ustrezno podporno mrežo. Prisoten oče naj bi zagotovil čustveno podporo materi, da se lahko ona posveti otroku.

Četrta tema obravnava žensko potrebo po preoblikovanju njenega občutka identitete »od hčerke do matere, od žene do staršev«. Mati mora biti v stanju budnosti in sposobna prihraniti svoje skrbi tako, da se lahko prilagodi otrokovim potrebam. Dojenček vzbuja veliko intenzivnih, surovih, primitivnih čustev, ki odražajo nerešene izkušnje in konflikte staršev z lastno materjo in očetom.

5.1 Razvojna obdobja – psihološke značilnosti

Prvo tromesečje

V prvem tromesečju se pojavi več vprašanj, ki jih mora ženska oceniti, razrešiti, da se pripravi na morebitno rojstvo otroka. Najprej se mora spoprijeti z lastno reakcijo na odkritje nosečnosti. Na to reakcijo bo vplivalo dejstvo ali je bila nosečnost načrtovana ali nenačrtovana, njena osebnost in veščine spoprijemanja za nove situacije, njeno zaznavanje podpornega sistema in njenega partnerja, njenega zdravja, telesne samopodobe ter njenih sedanjih življenjskih okoliščin (Waters in Madeleine, 1994).

Na začetku nosečnosti ženska vidi, dojema plod kot tujek, ki jo moti, uničuje njeno psihično in telesno ravnovesje, spreminja delovanje njenega telesa in ji bo kmalu spremenil tudi njen zunanji videz ter vplival na odnos s partnerjem. Pri ženskah, ki so psihoseksualno zrele, se bo po večini ta občutek spremenil, ko bodo začutile svojega otroka. Nato ženska otroka sprejme, ravna in dela z njim kot z delom sebe, delom lastnega organizma, kar vključuje skrbi in strahovi vezani na to, kaj se bo zgodilo z otrokom, ko se odseli iz nje (Pajntar, 2004).

Prvo tromesečje je vezano na oralnost, ki povzroča hrepenenje po hrani, slabost in bruhanje zaradi vezave ploda znotraj maternice (Bjelica, Cetkovic, Trninić-Pjević in Mladenović-Segedi, 2018).

Prva faza v nosečnosti, ki sovpada s prvim tromesečjem gestacije naj bi vsebovala integracijo nosečnosti kot glavni cilj, kar bi pomenilo regresijo nosečnice do otroštva ter preoblikovanje njenega odnosa z materjo z uporabo introspekcije (Rosado in Justo, 2014).

Drugo trimesečje

V tem obdobju so fizične spremembe nosečnice bolj vidne kot v prvem. Vidno se ji povečajo prsi in trebuh, ženska pa lahko že čuti gibanje otroka (Rojšek, 1996). Aktivnost hormonov se počasi umirja, zato je počutje nosečnice bolj sproščeno in manj nagnjeno k hitrim spremembam razpoloženja (Mlakar, 2005). Ženska se mora spoprijeti z lastno telesno samopodobo, splošno samopodobo in idealno samopodobo (Waters in Madeleine, 1994). Njeno razpoloženje postane introspektivno z namenom prilagoditve, doživlja pa tudi občutek odvisnosti in potrebe po negovanju (Waters in Madeleine, 1994).

Nosečnica ne doživlja trebuha več kot trebuh, vendar kot otroka, ki je opredeljen kot samostojna celota zunaj telesne celote (Feldmann, 1977, po Rojšek, 1996).

V tem obdobju po (Bilbring, 1961) drugi fazi, naj bi bil glavni cilj diferenciacija matere in fetusa, ki se nanaša na osredotočenje nosečnice na sedanji čas, ponovno oblikovanje njenega odnosa s partnerjem z uporabo ekstrospekcije (Rosado in Justo, 2014).

Ženska začne čutiti premikanje v maternici in začnjenja usmerjati pozornost na njenega nerojenega otroka. Lahko razvije vez in identifikacijo s fetusom, z rastjo otroka pa se njena čustvena povezanost še večja (Waters in Madeleine, 1994). Duševno se pripravlja na bližnji porod in naloge materinstva (Rojšek, 1996).

Tretje trimesečje

V tem obdobju se ženske že zelo zavedajo podobe svojega spreminjajočega telesa. Lahko se sprašujejo ali bo njihovo telo kadarkoli spet normalno, telesne aktivnosti pa postanejo zelo otežene (Waters in Madeleine, 1994). Nekaterne ženske se v tem obdobju počutijo odlično, medtem ko druge zelo izčrpano (Pajntar, 2004).

V tem obdobju ženska še vedno doživlja tesnobo okoli dojemanja sebe kot mame in kako se bo spoprijemala z novim otrokom (Waters in Madeleine, 1994). Do konca tretjega trimesečja bi morala biti sposobna vizualizirati sebe kot mater (Lederman, 1984, po Waters in Madeleine, 1994). Njene skrbi se lahko nanašajo tudi na to, kako se bo partner odzval na svojo novo vlogo in kako bo novorojenček vplival na njun odnos (Waters in Madeleine, 1994).

Proti koncu nosečnosti, v zadnjih tednih se maternica povese, kar povzroča pritisk, občutek vlečenja. Tudi zelo zdrava ženska se takrat počuti neudobno, nelagodno. Da ločitev na psihološki ravni ne bi bila tako boleča, se ravnovesje med materjo in otrokom poruši. Tako kot na začetku nosečnosti, ženska ponovno dojema plod kot tujek (Deutsch, 1944, po Pajntar 2004).

Narcisistična zveza mati-otrok je vse bolj šibka (Rojšek, 1996). (Colman in Colman, 1971) predlagata, da je v tem obdobju glavni cilj ločitev matere in otroka, ki temelji na napredovanju nosečnice do trenutka ko je dojenček rojen in nato njenem ponovnem oblikovanju odnosa z novorojenčkom (Rosado in Justo, 2014).

Ženske, ki so že v pričakovanju poroda, imajo povečano težnjo po varnosti in zavetju in so bolj odvisne od partnerja (Rojšek, 1996). Z bližanjem datuma poroda so nosečnice lahko vedno bolj razburjene in tesnobne, strah pred porodom pa je zelo pogost. Veliko žensk se sprašuje, kako se bodo spoprijemale s to izkušnjo. Lahko imajo strah pred izgubo nadzora, občutek nemoči, bolečine in izgubo samozavesti (Lederman, 1984, po Waters in Madeleine, 1994).

Nosečnost, porod, prihod novega družinskega člana močno vplivajo na vsa življenjska področja. Po navadi so starši, družinski člani še srečnejši kot prej. Lahko pa se zgodi, da prejšnji problemi, kot so odnosi med partnerjema, brezposelnost, stanovanjsko vprašanje, še zaostrijo. Nosečnica nikakor ne sme imeti občutka brezizhodnosti in ji je treba zagotoviti primerno strokovno oskrbo in pomoč socialne službe (Pajntar, 2004).

Psihološke težave, ki jih opazamo med nosečnostjo in tudi med in po porodu, so veliko bolj zapletene, kot je videti na prvi pogled. Na njih vplivajo izkušnje ženske. Zelo pomembno je, da že v otroštvu ustvari pravilen odnos do nosečnosti, materinstva in ženskosti. Neprimerna vzgoja deklet (npr. Odnos, da je ženska podrejena možu in manj vredna od njega ter njena vrednost zraste šele, ko rodi potomca moškega spola) lahko tudi vpliva na odnos matere do dojemanja nosečnosti, otroka. Negativna čustva v nosečnosti so različna. Ženska lahko jezno protestira proti nosečnosti, se samokaznuje, poškoduje zaradi teh negativnih misli, občutkov do otroka, doživlja velik strah itd. Bolj kot so ta negativna čustva močna, tem bolj so tudi podzavestna (Pajntar, 2004).

Na ženske v psihološkem pogledu vplivajo v času nosečnosti tudi veliko število otrok, prepogoste nosečnosti, splavi, ekonomske težave in nezadovoljstvo v zakonu, razmerju s partnerjem. Če ima ženska občutek, da je deležna razvajanja, pozornosti, skrbi in ljubezni samo v času nosečnosti s strani moža si ženska lahko ne želi otroka, ker se boji, da bo po njegovem rojstvu to pozornost in ljubezen izgubila. Nekatere ne želijo otrok zaradi poklica, kariere, saj bi ji predstavljal moteč dejavnik (Pajntar, 2004).

Pogosto je želja po otroku psihopatološka. Ženske si lahko želijo otroka, da bi ponovno pridobile pozornost, naklonjenost partnerja, ki je od nje odtujen ali kot izpopolnitev svojega praznega življenja. Velikokrat se te frustrirane želje in ambicije pri ženski izrazijo

preko težav v nosečnosti in med porodom. Ženska, ki je emocionalno zdrava, si želi imeti srečen dom, zato si želi otroka, ki bi mu lahko dajala ljubezen (Pajntar, 2004).

6 NOSEČNIŠKA ANKSIOZNOST

Nosečniška anksioznost se nanaša na strahove in zaskrbljenost glede nosečnosti, glede zdravja in dobrega počutja otroka, izkušenj v bolnišnici in zdravstveni oskrbi, lastnim zdravjem in preživetjem, poroda in njegovih posledic ter prihajajočega starševstva in vloge matere. Predstavlja posebno čustveno stanje, ki je kontekstno zasnovano, je specifično vezano na skrbi glede trenutne nosečnosti.

Anksioznost je lahko prisotna zaradi možnosti poškodbe dojenčka ali matere oz. njenega telesa (Cividini-Stranič, 1975, po Rojšek, 1996). Ambivalentna čustva so normalni del procesa nosečnosti, vendar so za nekatere ženske ta občutja zelo intenzivna in povzročajo strah pred porodom in tesnobo, povezano z nosečnostjo. Ena od petih nosečnic doživlja zmeren strah pred porodom in 6-13% nosečnic doživljajo hud omejujoč strah pred porodom. Posledično te ženske večkrat obiščejo zdravnika zaradi somatskih simptomov in pogosto zaprosijo za carski rez. Prav tako so s strahom pred porodom povezane prejšnje neuspešne nosečnosti ali zapleti pri porodu, travmatični življenjski dogodki, ki jih je ženska doživela, depresija, splošna tesnoba, nizka samopodoba in nezadovoljstvo s partnerjem (Poikkeus, Saisto, Unkila-Kallio, Punamaki, Repokari, Vilska, Tiitinen in Tulppala, 2006). V slovenski študiji leta 2015 je bilo ugotovljeno, da je 15,7% testiranih nosečnic v tretjem trimesečju imelo izraženo stopnjo klinične anksioznosti kot stanja in 12,5% anksioznosti kot poteze (Podvornik, Velikonja in Praper, 2015).

Prejšnje raziskave o nosečniški anksioznosti so pokazale, da so le te skrbi glede določene nosečnosti napovedovalci negativnih rezultatov pri porodu (Dunkel Schetter in Tanner, 2012).

Noseča ženska lahko doživlja tesnobo, če ima njen otrok zdravstveno težavo. Informacija, da je njen otrok bolan bo vplivala na žensko in na to, kako se bo ta odzvala na nosečnost od te točke naprej v prenatalnem obdobju. Kako se ženske soočajo s to vrsto izkušenj je odvisno od obsega situacije, kako situacijo zaznava ženska, njene podpore zdravnikov in njenih bližnjih, pa tudi kako se je v preteklosti soočala s stresnimi situacijami (Waters in Madeleine, 1994).

Anksioznost vpliva na različne vidike nosečnosti in je najverjetneje drugačna za vsako žensko. Vsak mejnik v procesu nosečnosti, od spoznanja, da je noseča do rojstva otroka, je lahko vzrok za doživljanje anksioznosti za nekatere ženske. Za nekatere mejnike v

nosečnosti večina žensk doživi določeno stopnjo anksioznosti, na primer za porod. Kljub temu, da veliko žensk doživlja anksioznost v času nosečnosti, se le ta razlikuje v intenziteti (Waters in Madeleine, 1994).

7 NOSEČNIŠKA DEPRESIJA

V nasprotju s splošnim prepričanjem, obdobje nosečnosti ni vedno čas veselja in sreče. Mnoge ženske doživljajo žalost ali tesnobo v teh obdobjih svojega življenja. Depresija je najbolj razširjena duševna motnja med nosečnostjo in tudi po njej (Pereira, Lovisi, Pilowsky, Lima, Legay, 2009).

Ocenjena razširjenost perinatalne anksioznosti in depresije se med študijami razlikuje. Prevalenca nosečniške depresije je v državah z visokim dohodkom ocenjena med 7% in 20%, medtem ko so v državah z nizkimi in srednjimi dohodki poročali o 20% ali več stopnjah, čeprav je bilo na teh območjih opravljenih manj raziskav. Nekatere študije poročajo, da je prevalenca nosečniške depresije v prvem tromesečju okoli 11,0%, nato pa v drugem in tretjem trimesečju pade na 8,5%, medtem, ko so druge ugotovile nasprotni trend s prevalenco 7,4% v prvem, 12,8% v drugem in 12% v tretjem trimesečju (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016). Razširjenost depresije v drugem in tretjem trimesečju je bila dokumentirano dvakrat večja kot v splošni ženski populaciji (Elgavish Accort, Cheadle in Dunkel Schetter, 2015). V Sloveniji je bila leta 2015 izvedena študija, v kateri je bilo ugotovljeno, da je 21,7% preiskovanih nosečnic doživljalo zvišane depresivne simptome v tretjem trimesečju nosečnosti (Podvornik, Velikonja in Praper, 2015).

Ena izmed najbolj očitnih skrbi v zvezi z nezdravljeno depresijo v času nosečnosti je poslabšanje samega stanja, kar lahko vodi do samomorilnih nagnjenj ali poskusov. Nezdravljena nosečniška depresija je lahko povezana s tveganjem pojava depresije tudi po porodu v 50-62% in poslabšanjem duševnega stanja (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Teiner in Koren, 2004).

Nezdravljena depresija med nosečnostjo je bila povezana tudi s številnimi neugodnimi posledicami, kot so spontani splav, krvavitev med nosečnostjo, nizke ocene na Apgarjevi lestvici za oceno novorojenčkov, sprejem v enoto za oskrbo novorojenčkov, zaostajanje rasti pri novorojenčku, spontani zgodnji porod, smrt ploda, nizka porodna teža dojenčka, rojstvo dojenčkov premajhnih za njihovo gestacijsko starost, perinatalne in porodne zaplete, prezgodnji porod in visoke ravni kortizola pri novorojenčkih ob rojstvu (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Teiner in Koren, 2004).

Depresija je bila povezana s hiperaktivnostjo HPA osi. Materinski stres, anksioznost ali depresija, ki jih uravnavajo peptidi, pridobljeni iz aktivirane osi HPA, naj bi vplivali na izid rojstva. Ta povečana aktivnost HPA lahko neposredno vpliva na rast ploda. Materina depresija naj ne bi aktivirala samo HPA osi matere ampak lahko posledično povzroči zvečanje sproščanja kortikotropin sproščujočega hormona (CRH) iz posteljice s pomočjo kateholaminov in kortizola. CRH lahko vpliva tudi na čas in začetek poroda, kar bi lahko razložilo, zakaj pri ženskah, ki trpijo zaradi depresije, pogosto pride do prezgodnjega poroda (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Teiner in Koren, 2004).

Faktorji tveganja za depresijo med nosečnostjo vključujejo osebno ali družinsko anamnezo motenj razpoloženja, stresorje, kot so samski stan in demografske spremenljivke, kot so mladost, nizka stopnja izobrazbe, večje število otrok in zgodovina zlorabe otrok (Spinelli in Endicott, 2003).

8 SOČASNA (KOMORBIDNA) ANKSIOZNOST IN DEPRESIJA

Depresija in anksioznost se v nosečnosti zelo pogosto pojavita skupaj (Lanchaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus in Davis, 2010). Študije so pokazale, da imajo ženske, ki trpijo zaradi anksioznosti med nosečnostjo, trikratno tveganje za pojav depresije v primerjavi z ženskami, ki med nosečnostjo niso anksiozne (Lanchaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus in Davis, 2010).

Čeprav sta anksioznost in depresija ločeni motnji, se pojavita skupaj v kar 30-58% posameznic z veliko depresivno motnjo. Pacientke, pri katerih se depresija in anksioznost pojavita skupaj, imajo hujše depresivne simptome, daljše in bolj rezistentne depresivne epizode, več psihosocialnih težav, slabši odziv na zdravila in zvečano nagnjenje k samomoru (Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Deeds, Ascencio, Schanberg, in Kuhn, 2011).

Tiffany Field, (2010) je preučevala štiri različne skupine nosečnic: z anksiozno motnjo, depresivno motnjo, komorbidno anksiozno depresivno motnjo in brez diagnoze tesnobe ali depresije ter njihovih novorojenčkov. Ugotovili so, da so bili učinki komorbidne anksioznosti in depresije na potomce hujši, z večjo pogostostjo prezgodnjega rojstva, kot pri ženskah s samo depresijo ali samo z anksioznostjo. Novorojenci iz te skupine so imeli tudi višjo raven kortizola in norepinefrina ter nižje ravni dopamina in serotonina. Nosečnice iz komorbidne skupine so imele večjo oceno anksioznosti, jeze in vsakodnevne težave v partnerski zvezi, motnjami spanja in znižanimi količinami dopamina (Field idr., 2011).

9 DEJAVNIKI TVEGANJA

V obsežnem pregledu literature je (Lancaster idr., 2010) ugotovil, da so najmočnejši napovedovalci pojava depresije v času nosečnosti nosečniška anksioznost, stres, pretekla anamneza depresije, pomanjkanje socialne podpore, doživljanje stresnih življenjskih dogodkov v preteklem letu, nižja izobrazba, kajenje, samski zakonski stan in slaba kakovost odnosov. Matere, zadovoljne z njihovim družinskim življenjem, so bolj zaščitene pred depresijo med nosečnostjo. Prav tako je tveganje za razvoj depresije večje pri nosečnicah s težavami pri zaposlitvi in z nižjimi dohodki. Nenačrtovana ali neželena nosečnost je lahko prav tako dejavnik tveganja (Dudas, Csator dai, Devosa, Toreki, Ando, Barbas, Pal, Kozinszky, 2012).

Nekateri stresorji, ki pogosto prizadenejo ženske v nosečnosti po vsem svetu, so nizki materialni viri, neugodni zaposlitveni pogoji, težka družinska in gospodinjstva odgovornost, napetost v intimnih razmerjih in zapleti v nosečnosti (Dunkel Schetter in Tanner, 2012).

9.1 Psihološki in psihiatrični dejavniki tveganja

Depresija in anksioznost sta med antenatalnim obdobjem pogosto komorbidni, visoka raven anksioznosti med nosečnostjo pa je eden najmočnejših dejavnikov tveganja za pojav depresije (Lancaster idr., 2010). Ženske z občutkom tesnobe imajo večje tveganje za doživljanje depresije med nosečnostjo (Edwards, Gallety, Semmler-Both in Dekker, 2008); na primer, nedavna študija (Mohamad Yusuff, Tang, Binns in Lee, 2016) je ugotovila, da so ženske, ki so doživele antenatalno anksioznost, v obdobju nosečnosti trpele zaradi depresije približno trikrat pogosteje.

Prav tako je velik dejavnik tveganja prisotnost pretekle duševne bolezni, zlasti anksioznosti in depresije ter zgodovina psihiatričnega zdravljenja v prejšnji nosečnosti ali kadarkoli v življenju (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Nekatere študije so odkrile tudi pomembno korelacijo med nosečniško anksioznostjo in depresijo ter preteklo (Lee, Lam, Lau, Chong, Chui in Fong, 2007) ali trenutno (Marcus, Flynn, Bow, in Barry, 2003) uporabo alkohola. Študije so tudi pokazale, da kajenje pred ali med nosečnostjo, napoveduje anksioznost in depresijo med nosečnostjo, tudi če ni vedno jasno, ali kajenje zvečuje tveganje za depresijo ali če je depresija povezana z manj zdravim vedenjem, kot je kajenje (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Kakovost navezanosti in odnos žensk s svojimi starši je še en pomemben dejavnik tveganja. Na primer, zloraba v otroštvu je bila prepoznana kot jasen dejavnik tveganja za

depresijo in anksioznost, zlasti med nosečnostjo (Plant, Barker, Waters, Pawlby, Pariante, 2013). Študija (Grant, Bautovich, McMahon in Austin, 2012) je pokazala, da so ženske, ki so poročale o načinu starševstva, za katerega je značilna tako nizka skrb in visoka kontrola, šestkrat bolj verjetno imele anksioznost med nosečnostjo in je sedemkrat bolj verjetno, da bodo imele postnatalno depresijo.

Raziskava (Jeong, Lim, Lee, Kim, Jung in Joe, 2013) je ugotovila, da so pretekle izkušnje z nezadostno čustveno podporo s strani matere (ne pa tudi od očeta) neodvisni napovedovalci depresije v času nosečnosti. To kaže, da lahko pozitivne internalizirane izkušnje z lastno materjo pomagajo nosečnicam pri upravljanju negativnih čustev med nosečnostjo in pri vzpostavljanju zdravega razmerja med materjo in otrokom. Ti dokazi poudarjajo pomembnost ocenjevanja kakovosti izkušenj starševstva otrok in zgodnje zlorabe, ker ti dejavniki povečujejo verjetnost, da bi matere lahko imele težave pri razvijanju optimalnih odnosov s svojimi otroki.

9.2 Socialna podpora in zakonski odnosi

Pomanjkanje socialne podpore je dejavnik, ki je močno povezan s povečanim tveganjem za pojav anksioznosti in depresije med nosečnostjo. Socialna podpora je večdimenzionalni koncept in vključuje informacijsko podporo (informacije in nasvete), instrumentalno podporo (praktična pomoč) in čustveno podporo (izražanje skrbi). Objektivno vrednotenje prejete socialne podpore je lahko izziv, saj je bilo ugotovljeno, da se depresivne ženske počutijo manj podprte kot objektivno gledano so (Robertson, Grace, Wallington in Stewart, 2004).

Mnoge študije poročajo o domnevnem pomanjkanju partnerske podpore in socialne podpore kot eden pomembnih dejavnikov tveganja za antenarno anksioznost in depresijo. Prejeta podpora in zadovoljstvo v zakonu sta zaščitna dejavnika proti depresiji in anksioznosti med nosečnostjo, medtem ko so problematični, konfliktni ali slabi odnosi s partnerjem opredeljeni kot dejavniki tveganja, zato je podpora, ki jo prvenstveno zagotavlja partner pa tudi družina, širše okolje, bistvenega pomena za bodočo mati (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Študija je pokazala višjo stopnjo depresije pri ženskah, ki živijo s prijatelji ali v skupnosti v primerjavi s tistimi, ki živijo skupaj s partnerjem (Balestrieri idr., 2012). Kljub temu pa nekateri raziskovalci (Bilszta, Tanf, Meyer, Miligrom, Ericksen in Buist, 2008) ugotavljajo, da dokazuje, da matere samohranilke poročajo o višjih stopnjah depresivnih simptomov med nosečnostjo, kot ženske s podporo partnerja, lahko razložimo z zgodovino depresije, trenutnimi čustvenimi težavami, soočanjem z dnevnimi težavami, dojemanjem dojenčka in

dohodka mater. Zanimivo je, da imajo samohranilke nižje ravni depresivnih simptomov v primerjavi z ženskami katerih partnerji ne izkazujejo podpore (Bilszta idr., 2008). Prav tako nekaj raziskav ni ugotovilo, da je zakonski status vedno pomemben napovedovalec antenatalne depresije in anksioznosti (Agostini idr, 2015, Husain idr, 2012, Luke idr., 2009). Te ugotovitve poudarjajo pomembnost razmišljanja ne le o zakonskem statusu, ampak tudi o kakovosti odnosa. Glede na te rezultate lahko sklepamo, da je biti samska mati na nek način bolje od biti mati v nefunkcionalnem in ne podpirajočem razmerju (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

9.3 Socialno-demografski in gospodarski dejavniki tveganja

Mnoge študije so odkrile pomembno korelacijo med mladostjo in depresijo/anksioznostjo med nosečnostjo. Prav tako pa sta omenjeni duševni motnji bolj prisotni pri ženskah z nižjo izobrazbo. Prav tako je bila anksioznost in depresija bolj pogosta pri nosečnicah, ki niso bile zaposlene in gospodinjah v primerjavi z zaposlenimi nosečnicami (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016). V študiji (Cookilin, Rowe in Fisher, 2007) je bilo ugotovljeno, da so slabe delovne razmere, v smislu diskriminacije in pomanjkanja ključnih pravic med nosečnostjo, povezane z višjimi stopnjami depresije. Zdi se, da imajo ženske, katerih partnerji so bili brezposelni, večjo verjetnost, da doživijo nosečniško depresijo (Akcal, Aydin, Yazici, Aksoy, Kirkan in Daloglu, 2014).

Etnična pripadnost in zlasti pripadnost manjšinski etnični skupini so drugi potencialni dejavniki tveganja, ki so jih izpostavile nekatere študije. Prevalenca antenatalne depresije se zdi večja pri črnih, latinskih in azijskih materah v primerjavi z belimi materami, vendar pa nekatere študije niso pokazale pomembne razlike. Spet druge študije kažejo višjo stopnjo depresije pri belih materah v primerjavi s črnimi in materami latinskega porekla, kot tudi ženskami drugih etničnih skupin (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Pripadnost manjšinski skupini bi lahko bila dejavnik tveganja za nosečniško depresijo zaradi povečane stopnje stresa zaradi diskriminacije (Prady idr., 2013). Prav tako so raziskave v Združenem kraljestvu tudi pokazale, da imajo nekatere manjšine lahko manj duševnih bolezni kot večinsko prebivalstvo (Edge, 2007).

9.4 Neželeni dogodki v življenju in zaznani stres

Stresne izkušnje se lahko pojavijo od blagih do zelo hudih, veliko pa je odvisno tudi od posameznikovega zaznavanja stresa in sposobnosti spopadanja z njim. Kljub temu pa lahko zelo stresne izkušnje, kot so smrt ali bolezen sorodnika, propad razmerja, izguba službe, napad ali posilstvo, pri večini posameznic sprožijo depresivne in anksiozne simptome ali

motnje. Čas nosečnosti je že samo po sebi lahko stresno obdobje in pojav enega ali več stresnih dogodkov v tem času poveča možnost za razvoj duševne motnje (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016). Študije so pokazale, da je manj verjetno, da bodo noseče ženske, ki doživijo stresne življenjske dogodke, vendar imajo dobro socialno mrežo, ki jo podpira, doživljale anksioznost in depresijo, kot nosečnice brez socialne podpore (Glazier, Elgar, Goel in Holzapfel, 2004).

Velik dejavnik tveganja za pojav depresije in anksioznosti v času nosečnosti je tudi zloraba ženske v času otroštva (Akcal idr., 2014). Ženske, ki so bile spolno zlorabljene kot otroci, imajo veliko tveganje za zlorabo v odrasli dobi, vključno z nasiljem v družini (Mezey, Bacchus, Bewley in White, 2005).

9.5 Z nosečnostjo povezani dejavniki tveganja

Mnoge študije so odkrile zvečano tveganje za nastanek nosečniške depresije in tesnobe pri ženskah z nenačrtovano ali neželeno nosečnostjo (Lee idr., 2007).

Dve študiji (Lee idr., 2007, Marchesi idr., 2009) sta ugotovili, da je bila neželena nosečnost pomemben napovedovalec depresije le v prvem trimesečju, z manjšim pomenom kasneje. Nekateri raziskovalci (Lee idr., 2007) so predlagali, da se zdi ženskam najprej težje spoprijeti se z nepričakovanim in neželenim dogodkom, zato je verjetneje, da bodo postale depresivne, medtem ko nosečnost napreduje, pa se ta šok zmanjša in zveza s plodom postane močnejša, sprejmejo nosečnost in depresivni simptomi se zmanjšajo. Prav tako, sta strah pred porodom in negativne misli o prihajajočem porodu povezana s povečanim tveganjem za anksioznost in depresijo v času nosečnosti (Rubertson idr., 2005).

Tveganje za pojav depresije, anksioznosti imajo tudi nosečnice, ki imajo oziroma so imele v preteklosti zaplete v nosečnosti, porodu, ženske, ki so v preteklosti splavile, rodile mrtve otroke (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Nepričakovana izguba nosečnosti je lahko travmatski dogodek in lahko povzroči visoko stopnjo anksioznosti in depresije, ki se lahko pojavijo še v kasnejših nosečnostih. Ena študija je ugotovila, da je bil predhodna izkušnja splava povezana z depresijo v trenutni nosečnosti. (Rubertsson idr., 2005). Zdi se, da ima interval med nosečnostjo, ki je bila terminirana in novo nosečnostjo ključno vlogo pri tem, ali bo ženska med novo nosečnostjo doživela anksioznost in depresijo. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča interval vsaj šestih mesecev, da ima ženska čas za fizično in duševno okrevanje (WHO, 2005).

9.6 Osebnostni dejavniki tveganja

Nekatere študije so pokazale, da nekateri osebnostni dejavniki povečujejo tveganje za psihološke težave v antenatalnem obdobju. Nekateri izmed njih so pesimizem, jeza in ruminacija; nagnjenost k občutkom živčnosti, zaskrbljenosti ali sramežljivosti; nizka samopodoba in nizka samozadostnost; in visoko stopnjo nevroticizma ali psihotcizma (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

10 VPLIVI NA OTROKA

Psihiatrične raziskave v času nosečnosti se večinoma osredotočajo na diagnosticiranje duševnih motenj, predvsem anksioznosti in depresivne motnje in nekoliko na posttravmatsko stresno motnjo (Dunkel Schetter in Tanner, 2012).

Depresija in anksioznost imata skupno genetsko pot in se pogosto pojavljata sočasno, zaradi česar je težko oceniti njune neodvisne učinke. Tako je pri analizi učinkov materinske depresije in anksioznosti pomembno upoštevati obe hkrati, da bi lahko nadzirali njune medsebojne učinke in bolje prepoznali neodvisen učinek vsake posebej (Pinto, Caldas, Nogueira-Silva in Figueiredo, 2017).

Noseče ženske z visokim ravniyo stresa, depresijo ali anksioznostjo imajo večje tveganje za neželene perinatalne rezultate (Dekleva, Lubina, Circenis, Sudraba in Millere, 2015). Različne študije so ugotovile podobne učinke materinske prenatalne depresije in anksioznosti na rast ploda, obnašanja in razvoja avtonomnega živčnega sistema in sicer nižjo pričakovano težo in povečano aktivnostjo ploda. Pri obeh je bilo tudi večje tveganje prezgodnjega poroda in majhne telesne mase novorojenčka. Ugotovili so, da so se pri depresivnih ali anksioznih materah pojavile neorganizirane oblike spanja in pogoste spremembe razpoloženja (Pinto, Caldas, Nogueira-Silva in Figueiredo, 2017). Anksioznost med nosečnostjo je povezana tudi s prezgodnjim porodom in omejitvijo rasti zarodka, ki pa so dejavniki tveganja za oslABLJENE kognitivne in socialne razvojne rezultate otroka (Dekleva, Lubina, Circenis, Sudraba, in Millere, 2015).

Prav tako je bilo ugotovljeno, da se lahko pri dojenčkih depresivnih ali anksioznih mater pojavi višja raven kortizola v krvi in nižje ravni dopamina in serotonina v primerjavi z dojenčki katerih matere niso depresivne oz. anksiozne (Pinto, Caldas, Nogueira-Silva in Figueiredo, 2017).

Raziskave z uporabo živalskih modelov kažejo, da materina tesnoba in stres negativno vplivata na učenje, motorno gibanje in vedenje pri potomcih. Dokazi kažejo, da se to zgodi

preko učinkov na razvoj plodovega živčnega sistema in sprememb v delovanju HPA matere in ploda. Pokazalo se je tudi, da so motnje razpoloženja matere aktivirale njeno HPA os, programirale os HPA in fiziologijo ploda, kar pomeni, da ima materina izpostavljenost stresu v nosečnosti lahko pomembne posledice za nadaljnji razvoj in zdravje njenega otroka (Dunkel Schetter in Tanner, 2012).

Obstaja naraščajoča empirična podlaga, ki podpira hipotezo, da sta prenatalni stres in anksioznost povezana z različnimi vrstami sprememb imunskega sistema pri potomcih, otroku. Depresivni in anksiozni simptomi pri ženskah so pokazali škodljiv vpliv na odnos ženske s plodom, novorojencem in kasneje z otrokom. Nekatere ženske imajo dolgotrajne težave pri razvijanju ljubečega odnosa do svojih dojenčkov in izražajo odsotnost naklonjenosti, zavrnitve, zanemarjanja in impulzov, da škodujejo dojenčku (Dekleva, Lubina, Circenis, Sudraba, in Millere, 2015).

Antenatalna depresija in anksioznost sta povezani tudi z neustrezno prehrano in povečanjem telesne mase, povečanim uživanjem alkohola, zlorabo substanc in kajenjem (Marcus, 2009). Poleg tega so matere z nosečniško anksioznostjo in depresijo bolj verjetno kasneje dostopale do zdravniške oskrbe, in se redkeje udeležile pregledov v času nosečnosti (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Poleg tega sta depresija in anksioznost poleg prezgodnjega rojstva in nizko porodno težo povezani tudi z rojstvom mrtvega otroka, nizkimi ocenami na Apgarjevi lestvici, manjšim obsegom glave in prirojenimi nepravilnostmi (Marcus, 2009) in spremenjenimi razvojnimi potmi, kot je razvidno iz zmanjšanega rezultata na Brazeltonovi lestvici za ocenjevanje novorojenčka, naporni temperament in povečano tveganje za čustvene težave (zlasti anksioznost in depresijo), motnje kognitivnega razvoja in simptomov motnje hiperaktivnosti pri pomanjkanju pozornosti in motenj vedenja v otroštvu (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016). Ti otroci imajo tudi večje tveganje za impulzivnost in kognitivne motnje pri starosti 14 in 15 let (Van den Bergh idr., 2005) in večje tveganje za razvoj depresije v mladosti in odraslosti (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Za zgodnje odkrivanje duševnih motenj so pomembni družinski zdravnik, medicinska sestra–babica, patronažna medicinska sestra. Potrebna je kontinuirana babiška oskrba, dodatno izobraževanje medicinskih sester na področju duševnega zdravja v nosečnosti, med porodom in po njem (Brodej in Hrovat Bukovšek, 2018).

11 PREPOZNAVANJE ANKSIOZNOSTI IN DEPRESIJE

Zelo pomembno je prepoznati nosečnice, ki trpijo za depresijo, saj so posledice nezdravljene depresije in tudi drugih duševnih motenj lahko zelo negativne, za žensko, otroka in družino (Screening for Parental Depression, 2015).

Medicinske sestre morajo biti že v obdobju nosečnosti pri dispanzerju pozorne na znake duševnih stisk in ženski nuditi ustrezno pomoč. Naloga medicinske sestre je prepoznati znake morebitne stiske in posameznici ponuditi informacije, podporo in usmeritev k pomoči ali zdravljenju. Za ženske v času nosečnosti bi morala biti psihosocialna presoja v smislu celovite in večdimenzionalne ocene njenega stanja, okoliščin (npr. viri podpore, kakovost njenih odnosov, nedavne življenjske stresorje, pretekle ali sedanje fizične ali spolne zlorabe) običajna praksa za vse nosečnice. To ocenjevanje bi zdravstvenim delavcem pomagalo prepoznati, identificirati ženske z visokim tveganjem za pojav anksioznosti in depresije in zagotoviti ustrezno pomoč (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Diagnosticiranje depresije v času nosečnosti je lahko zapleteno, če se ženske pregleda, oceni samo enkrat skozi nosečnost, večkratni rezultati med nosečnostjo pa lahko kažejo razlike v stopnjah depresije in tesnobe. V ta namen so nekatere študije na primer (Lee idr., 2007) pokazale, da se depresivne epizode pogosteje pojavljajo v prvem in tretjem trimesečju nosečnosti v primerjavi z drugim, verjetno zato, ker se najbolj ranljive ženske pogosteje srečujejo s stresom, ko se soočajo z novim dogodkom, ko postanejo matere (Marchesi idr., 2009). Dejstvo, da mnoge ženske doživljajo anksioznost ali depresivne simptome na eni ali dveh časovnih točkah v nosečnosti pomeni, da ni dovolj samo en projekcijski pregled. Te okoliščine postavljajo prenatalno depresijo med najbolj slabo prepoznavnimi in ne zdravljenimi motnjami (Biaggi, Conroy, Pawlby in Pariante, 2016).

Bistvenega pomena pri izvajanju široko učinkovitega prenatalnega pregleda, diagnoze in zdravljenja so okoliščine nosečnice. V te okoliščine sodijo njen partner, družina, prijatelji, soseska in širša skupnost, za katere je znano, da vplivajo na duševno zdravje ženske. Zato je treba pozornost nameniti tudi tem okoliščinam, pri poskusih nadziranja in zdravljenja depresije, tesnobe ali stresa v nosečnosti. Na primer z vključitvijo partnerja nosečnice, prijatelja ali bližnjega sorodnika pri pregledih se lahko ženska bolje odzove na diagnozo (Dunkel Schetter in Tanner, 2012).

Da bi sistematično prepoznali posameznice z nosečniško depresijo je bilo potrjenih več instrumentov za uporabo v času nosečnosti in po porodu, kot je na primer vprašalnik Edimburška lestvica poporodne depresija (EPDS) (Screening for Parental Depression,

2015). Meri tako depresivne kot anksiozne simptome (Dunkel Schetter in Tanner, 2012). Vsebuje 10 samoocenjevalnih vprašanj, za reševanje je potrebno manj kot 5min, zahteva le osnovne sposobnosti branja, enostavno ocenjevanje in je bil preveden v številne tuje jezike. Med drugimi vprašalniki sta tudi Beckova lestvica depresivnosti, Zungova samoocenjevalna lestvica depresije (Screening for Parental Depression, 2015). veljavnost diagnoze depresivnih motenj z uporabo standardnih diagnostičnih meril za motnje razpoloženja, pa je lahko dvomljivo, ker vključujejo tipične somatske simptome nosečnosti, kot so utrujenost, motnje spanca in spremembe apetita (Dunkel Schetter in Tanner, 2012).

12 SKLEPI

Kljub temu, da bo velika večina žensk vsaj enkrat v svojem življenju noseča je vsaka nosečnost edinstvena in drugačna. V tem času se vsaka bodoča mati sooča s številnimi izzivi in za uspešno soočanje z njimi je poleg fizičnega zelo pomembno tudi njeno duševno zdravje ter čustveno počutje, saj ima mentalno zdravje ženske lahko zelo pomemben vpliv na razvoj otroka.

Cilj zaključnega dela je bil raziskati in predstaviti duševni motnji anksioznost in depresijo, ki se pogosto pojavljata skupaj ali posamezno v času nosečnosti in imata za razvoj ploda, če sta nezdravljeni lahko zelo negativne učinke. Prepoznavanje in zdravljenje omenjenih motenj je tako zelo pomembno.

Namen zaključne naloge je bil predstaviti različne oblike zdravljenja. Eden izmed oblik je farmakološko zdravljenje, pri katerem je potrebno upoštevati, da je lahko tudi tvegano zaradi negativnih učinkov na fetus, ter je potrebna dobra ocena med tveganjem, ki ga tako zdravljenje prinese in koristjo. Zaradi razlik med posameznicami je tako potrebno vsako nosečnico individualno obravnavati in ji pripisati primerno zdravljenje. Poleg farmakološkega je primerno tudi zdravljenje v obliki različnih terapij, med katerimi so se najboljše izkazale vedenjsko-kognitivna terapija in psihoterapija.

Eden izmen namenov je bil tudi predstaviti dejavnike za razvoj tveganja omenjenih duševnih motenj, kamor najpogosteje sodijo nizki materialni viri, neugodni zaposlitveni pogoji, težka družinska in gospodinjska odgovornost, napetost v intimnih razmerjih in zapleti v nosečnosti.

Pomembno se mi zdi ozaveščanje družbe glede duševnih motenj. Tako bi lahko nosečnice same ter tudi njena njihova hitreje in lažje prepoznali simptome nastanka duševnih motenj in posledično pridobili ustrezno zdravljenje v izogib negativnim posledicam, ki jih lahko prinesejo duševne motnje za mater in otroka. Prav tako je pomembno zmanjševanje stigme glede duševnih motenj, še posebno v času nosečnosti, saj je razlog, zakaj veliko žensk ne govori o negativnih občutjih med nosečnostjo ravno strah, da je ljudje v njihovi okolici ne bi razumeli ter bi jih glede njenih občutkov obsojali. Tako veliko žensk trpi in ne pridobi ustreznega zdravljenja in pomoči, kar pa bi lahko z različnimi intervencijami in ozaveščanjem preprečili. Glede na to, da v slovenskem prostoru na to temo še ni bilo opravljenih veliko raziskav, z izjemo ene je na tem področju še veliko prostora za nadaljnje raziskave.

13 LITERATURA IN VIRI

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists. Depression. Pridobljeno maja 2018 na <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Depression>

Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P. in Monti, F. (2014). Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5). 1131-1141.

Akcali Aslan, P., Aydin, N., Yazici, E., Akson, A.N., Kirkan, T.S. in Daloglu, G.A. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 809-817.

American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 114 (3), 703-713.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington DC: New school library.

Annievrno, R., Bramante, A., Mencacci, C. in Durbano, F. (2013). Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. V F. Dubrano (ur.), *New Insights into Anxiety Disorders: izbrane teme* (159-285). Rijeka: InTech.

Anić, N. in Janjušević, P. (2007). *Izbrane teme iz vedenjsko kognitivne terapije: Zbornik 2*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije

Beck, A.T., Rush, A.J, Shaw, B.F., in Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. in Schmukler, S. (2016). Depression During Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 32.

Bhat, S. (2017). Cognitive behavioral therapy and depression. *International Journal of Advanced Educational Research*, 2(6), 143-145.

Balestrieri M., Isola, M., Bisoffi, G., Calò, S., Conforti, A., Driul, L., Marchesoni, D., Petrosemolo, P., Rossi, M., Zito, A., Zorzenone, S., Di Sciascio, G., Leone, R. in

Bellantuono, C. Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 1959-1965.

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.

Bilszta, J.L., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. in Buist, A.E. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 56-65.

Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninić-Pjević, A. in Mladenović-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102-106.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. in Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726-735.

Brodež, N. in Hrovat Bukovšek, A. Celostna obravnava bolnice s poporodno depresijo. Pridobljeno maja 2018 na [http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/konference/Brodej%20-Bukovšek%20CELOSTNA%20OBRAVNAVA%20BOLNICE%20S%20POPORODNO%20DEPRESIJO.pdf](http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/konference/Brodej%20-Bukovsek%20CELOSTNA%20OBRAVNAVA%20BOLNICE%20S%20POPORODNO%20DEPRESIJO.pdf)

Carter, A. in Mackereth, P.A. (2017). *Aromatherapy, massage and relaxation in cancer care: An integrative resource for practitioners*. London: Singing Dragon.

Cooklin, A.R, Rowe, H.J. in Fisher, J.R. (2007). Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(6), 483-490

Committee opinion: Screening for Parental Depression. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*, (2015). Pridobljeno maja 2018 na <https://www.acog.org//media/Committee-Opinions/Committee-on-ObstetricPractice/co630.pdf?dmc=1&ts=20180503T141324129>

Conlon, O. in Lync, J. (2008). Review: Maternal depression: risk factors and treatment options during pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 10, 151-155.

Cruwys, T., Haslam, A.S., Dingle, G.A., Haslam, C. in Jetten, J. (2014). Depression and Social Identity : An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 18 (3), 215-238.

Dekleva, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V. in Millere, I. (2015). Causes of anxiety during pregnancy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 623-626.

Dernovšek, M.Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dudas, R.B., Csatornai, S., Devosa, I., Toreki, A., Ando, B., Barbas, K., Pal, A. in Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 1067- 1090.

Dunkel Schetter, C. in Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148.

Edge, D. (2007). Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression--a comparative study among inner-city women in the United Kingdom. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3). 291-295.

Elgavish Accort, E., Cheadle, C.C.A in Dunkel Schetter, C. (2015). Prenatal Depression and Adverse Birth Outcomes: An Updated Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1306-1337.

Erzar, T. (2007). Duševne motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Field, T, Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S. in Kuhn, C. (2011). Comorbid Depression and Anxiety Effects on Pregnancy and Neonatal Outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O. in Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32,454-460.

Field, T., Diego, M.A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S. in Kuhn, C. (2004). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 115-122.

Flint, J. in Kendler, K.S. (2014). The Genetics of Major Depression. *Neuron*, 81(3), 484-503.

Freeman, A. in Simon, K. (1989). Cognitive Therapy of Anxiety. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy: izbrane teme* (347- 365). Boston: Springer.

Grant, K.A, Bautovich, A., McMahon, C.A. in Ustin, M.P. (2012). Parental care and control during childhood: Associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4), 297-305.

Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. in Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247-255.

Hriberšek, D. (2015). Duševne motnje v nosečnosti, po porodu in psihofarmakoterapija. *Farmacevtski vestnik*, 66 (2), 171-176.

Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B. in Rahman, A. (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 268-276.

Jeong, H.G., Lim, J.S., Lee, M.S., Kim, S.H., Jung, I.K. in Joe, S.H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 354-358.

Jiang, Q., Wu, Z., Zhou, L., Dunlop, J. in Chen, P. (2015). Effects of Yoga Intervention during Pregnancy: A Review for Current Status. *American Journal of Perinatology*, 32(6), 503-514.

Lanchester, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M. in Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14.

Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W. in Fong, D.Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and gynecology*, 110(5), 1102-1112.

Luke, S., Salihz, H.M., Alio, A.P., Mbah, A.K. Jeffers, D., Berry, E.L. in Mishkit, V.R. (2009). Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *Journal of Womens health*, 18(11), 1841-1846.

Marchesi, C., Ampollini, P., Paraggio, C., Giaracuni, G., Ossola, P., De Panfilis, C., Tonna, M. in Viviani, D. (2014). Risk factors for panic disorder in pregnancy: a cohort study. *Journal of effective disorders*, 156, 134-138.

Marc, I., Toureche, N., Hodnett, E.D., Blanchet, C., Dodin, S. in Njoya, N.M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Systematic Review*, 6(7).

Marcus, S.M. Flynn, H.M. Bow, F.C., in Barry, K.L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.

Marcus, S.M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-*Motherisk Update 2008*. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), 15-22.

Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (2009). Prednatalno obdobje. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija: izbrane teme (146-159)*. Ljubljana: Oddelek za psihologijo FF v Ljubljani.

Mezey, G., Bacchus, L., Bewle, S. in White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG*, 112(2), 197-204.

Mitchell, J., Field, T., Diego, M., Bendell, D., Newton, R. in Pelaez, M. (2012). Yoga Reduces Prenatal Depression Symptoms. *Scientific Research Journal*, 3, 782-786.

Mlakar, A. (2005). Vse o nosečnosti in porodu. Izola: Založba Meander.

Mohamed Yusuff, A.S., Tang, L., Binns, C.W. in Lee, A.H. (2016). Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(7), 1170-1174.

Mohapatra, S., Yaduvanshi, R., Agrawal, A. in Gupta, B. (2013). Treatment of depression during pregnancy. *Delhi Psychiatry journal*, 16 (2), 277-282.

Mor, N. in Haran, D. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46(4), 269-273.

Muzik, M., Marcus, S.M., Flynn, H. in Rosenblum, K.L. (2010). Depression during pregnancy: detection, comorbidity and treatment. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2(1), 7-11.

Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical Neuroscience*, 13(4),413-421.

Pajntar, M. in Novak Antolič, Ž. (2004). Duševnost ženske v nosečnosti in med porodom. V M. Pajntar, Novak-Antolič, Ž. (ur.), *Nosečnost in vodenje poroda: izbrane teme* (118-120). Ljubljana: Cankarjeva založba-založništvo d.o.o.

Pajntar, M. in Novak Antolič, Ž. (2004). Psihosomatski vidiki nosečnosti in poroda. V M. Pajntar in Novak-Antolič, Ž. (ur.), *Nosečnost in vodenje poroda : izbrane teme* (121-128). Ljubljana : Cankarjeva založba-založništvo d.o.o.

Pastirk, S. in Knuplež, V. (2008). Uporaba vedenjsko-kognitivne psihoterapije v skupinskih programih psihosocialne rehabilitacije. *Rehabilitacija*, 7 (1), 18-24.

Pearlstein, T. (2015). Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29 (5), 754-764.

Pereira, P.K., Lovisi, G.M., Pilowsky, D.L., Lima, L.A. in Legay, L.F. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude publica*, 25(12), 2725-2736.

Pinto, M.T., Caldas, F., Nogueira-Silva, C. in Figueiredo, B. (2017). Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *Journal de Pediatria*, 93(5), 452-459.

Plant, D.T., Barker, E.D., Waters, C.S., Pawlby, S. in Pariante, C.M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychological Medicine*, 43(3), 519-528.

Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V. in Praper, P. (2015). Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(1), 45-50.

Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L. Punamaki, R.L., Repokari, L., Vilksa, S., Tiitinen, A. in Tulppala, M. (2006). Fear of Childbirth and Pregnancy-Related Anxiety in Women Conceiving With Assisted Reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), 70-76.

Prady, S.L., Pickett, K.E., Croudace, T., Fairley, L., Bloor, K., Gilbody, S., Kiernan, K.E. in Wright, J. (2013). Psychological distress during pregnancy in a multi-ethnic community: findings from the born in Bradford cohort study. *Plos One*, 8(4).

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. in Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.

Rojšek, J. (1996). Psihološke značilnosti razvojnih obdobj v nosečnosti. *Psihološka obzorja*, 5(4), 85-96.

Rosado, M.J. in Justo, M. (2014). Parental Maternal psychic development and fetal behaviour: an interacting reality. *INFAD Revista de Psicología*, 5(1), 239-244.

Rotvejn Pajič, L. (2001). Kombiniranje tehnik v vedenjski in kognitivni terapiji. *Psihološka obzorja*, 10 (1), 81-90.

Rubinchik, S.M., Kablinger, A.S. in Gardner, S.J. (2005). Medications for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder During Pregnancy. The primary care companion for CNS disorders, 7 (3). 100-105

Rubertsson, C., Waldenstrom, U., Wickberg, B. in Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 155-166.

Ryan, Deirdre., Milis, L. in Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. The official journal of the College of Family Physicians of Canada, 51 (8), 1087-1093.

Spinelli, M.G. in Endicott, J. (2003). Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. *The American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555-562.

Sook Shin, H. in Hee Kim, J. (2011). Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-fetal Attachment in Pregnant Women During Transvaginal Ultrasound. *Asian Nursing Research*, 5(1), 19-27.

Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. London: Basic Books.

Vythilingum, B. (2009). Anxiety disorders in pregnancy and the postnatal period. *Continuing Medical Education*, 27 (10), 450-452.

Waters, D. in Madeleine, M.R. (1994). Anxiety scale for pregnancy: development and validation, pridobljeno aprila 2018 na <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0087379>

Weissman, M.M., Klerman, G.L. (2015). *Interpersonal Psychotherapy for Depression*, pridobljeno aprila 2018 na https://www.israpsych.org/books/wp-content/uploads/2015/06/interpersonal_pschotherapy_for_depression_-_myrna_m__weissman_phd.pdf

WHO: World Health Organisation. Maternal mental health. Pridobljeno maja 2018 na http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

WHO: World Health Organisation. Mental health. Pridobljeno maja 2018a na http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

Yonkers, K.A., Wisner, K.L., Stewart, D.E., Oberlander, T.F., Dell, D.L., Stotland, N. Ramni, S., Chaudron, L. in Lockwood, C. (2009). The management of depression during pregnancy.

.