

## Poporodne duševne motnje s poudarkom na poporodni depresivni simptomatiki

### Postpartum mental disturbances with emphasis on postpartum depression

Milan Ličina\*, Mirjana Radovanovič\*\*

Deskriptorji  
poporodne motnje  
psihotične motnje

Descriptors  
puerperal disorders  
psychotic disorders

**Izveček.** V članku so prikazane zgodovina spoznavanja poporodnih duševnih motenj, klasifikacija in diagnostična opredelitev le-teh ter njihova pogostnost. Sledi opis nekaterih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj poporodnih duševnih motenj. Omenjeni so materina starost ob rojstvu otroka, njeno zdravstveno stanje, porod in porodni zapleti, odnos privesnic do mnogorodnic, družinska obremenitev, povezave med duševnimi motnjami v nosečnosti in pri porodu ter med poporodnimi duševnimi motnjami in duševnimi motnjami druge etiologije. Drugi del članka govori o poporodnem depresivnem sindromu.

**Abstract.** The paper gives a historical survey of diagnosis of postpartum mental disturbances, and presents the classification, diagnostic categories and incidence of this disorders. The biological factors involved in the development of postpartum mental disturbances include the women's age delivery, her health status, the course of delivery and the related complications, attitude of primiparous to multiparous women, family stress, relationship between mental disturbances during pregnancy and those occurring after delivery, and association between postpartum mental disturbances and mental disorders of other origin. The second part of the paper deals with postpartum depression syndrome.

#### Uvod

V Centru za klinično psihiatrijo se že 15 let ukvarjamo s poporodnimi duševnimi motnjami, predvsem psihotičnimi oblikami. Oblikovana je bila raziskovalna skupina strokovnjakov različnih strok, psihiatrov, ginekologov, kliničnih psihologov, socialnih delavcev. V članku bomo predstavili multidisciplinarno področje poporodnih duševnih motenj, v drugem delu pa podrobneje poporodni depresivni sindrom, saj je relativno veliko naših bolnic v bolnišnici prav zaradi tovrstne problematike.

Že Hipokrat je opisal žensko, ki je po rojstvu dvojčkov postala nemirna, pozneje delirantna in je 17. dan po porodu umrla. Antični zdravniki tem motnjam niso pripisovali mističnega pomena, kot je bilo takrat v navadi pri drugih psihozah. Menili so, da sta čišča in mleko zašli v materino glavo (1).

Podrobnejši zgodovinski oris prikazuje tabela 1. Sistematični opis duševnih motenj v poporodnem obdobju je nastal šele v devetnajstem stoletju, prvi je bil Esguirolov. S to problematiko se je ukvarjalo še več avtorjev. Marcee je svoji monografiji opisal 310 duševno obolelih porodnic (2). Prevladovala so simptomatske psihoze zaradi puerperalne sepse.

\*asist. dr. sc. Milan Ličina, dr. med., Klinični center Ljubljana, Psihiatrična klinika, Center za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1000 Ljubljana.

\*\*Mirjana Radovanovič, dr. med., Klinični center Ljubljana, Psihiatrična klinika, Center za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1000 Ljubljana.

O izvoru teh težav je Holm postavil svojo teorijo. Vzrok naj bi bil infekcijski, Magnan je zagovarjal pomen dednih dejavnikov, medtem ko je Regis poudarjal pomen avtointoksikacije. Emil Kraepelin je prvi v našem stoletju sistematično obdelal poporodne (PP) in laktacijske psihoze (LP) (10). Več avtorjev je povezovalo poporodne duševne motnje z endokrinimi spremembami. Römer je v svojih katamnezah poporodnih psihoz našel številne primere nespornih endogenih psihoz. Večkrat je zato sklepal, da gre pri PP za »izbruh endogene predispozicije« (3).

Tabela 1. Zgodovinski oris spoznavanja poporodnih duševnih motenj.

Leto	Avtor	Ugotovitev
460–370 pr. n. š.	Hipokrat	Prvi opis
1845	Esguirol	Prvi sistematični opis
1847	Holm	Infekcijski vzrok težav
1858	Marcee	Puerperalni psihotični sindrom
1877	Magnan	Pomen dednih dejavnikov
1893	Regis	Pomen avtointoksikacije
1921	Kraepelin	Poporodne in laktacijske psihoze
1932	Gravder	Pomen endokrinih sprememb
1936	Römer	Endogene psihoze v poporodnem obdobju

## Poporodne duševne motnje

### Razvrstitev poporodnih duševnih motenj

Kot kaže tabela 2, so poporodne duševne motnje sprva delili na poporodne, ki se kažejo v puerperiju (do 6 tednov po porodu), in laktacijske, ki se pojavijo v obdobju laktacije. V preteklosti so jih najprej obravnavali kot posebno nozološko enoto. Pozneje so klasificirali bolnice z boleznijo v puerperiju glede na njihovo simptomatologijo kot manične, shizofrene, depresivne itd. Kot PP so označili le tiste oblike bolezni, ki jih ni bilo mogoče uvrstiti drugače (4). Tako je bilo vse do leta 1978. Takrat so PP kot samostojno nozološko enoto umaknili iz 9. mednarodne klasifikacije bolezni Svetovne zdravstvene organizacije. Veljalo je prepričanje, da se psihoze po rojstvu otroka ne morejo razlikovati od psihoz, ki nastajajo v drugih življenjskih obdobjih žene. Isto velja za razvrstitev Ameriškega združenja psihiatrov.

V DSM III R obravnavajo PP kot nespecifične psihoze. Če PP ne izpolnjujejo kriterijev za organske ali afektivne bolezni, jih uvrščajo med atipične psihoze in označujejo z oznako 298.9 (5).

Danes še vedno uporabljamo klasifikacijo po DSM III R, v naslednjih nekaj letih pa bo sta verjetno tudi pri nas zaživele DSM IV (7) in MKB 10 (8), ki klasifikacijo bolezni postavljata na nove temelje. Tabela 3 prikazuje novo razvrstitev duševnih motenj poporodnega obdobja.

Tabela 2. *Klasifikacija poporodnih duševnih motenj (11).*

Kraepelin in predhodniki	ICD 8, 9. revizija	DSM III in ICD 9	DSM III R
1. Poporodna duševna bolezen	Po simptomih: 1. Shizofrene	1. Shizofreniformne psihoze	1. Organske bolezni
2. Laktacijska duševna bolezen	2. Manične 3. Depresivne 4. Poporodne psihoze	2. Kratke reaktivne psihoze 3. Atipične psihoze 4. Velike afektivne bolezni 5. Organski možganski sindrom	2. Afektivne bolezni 3. Atipične psihoze

Tabela 3. *Nova klasifikacija poporodnih duševnih motenj.*

DSM IV	MKB 10
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Glede na simptome kot afektivne motnje s psihotičnimi znaki, kratke psihotične epizode, psihotične epizode zaradi motenj splošnega zdravstvenega stanja ali posledice zaužitja psihoaktivne snovi.</li> <li>– Psihotična motnja, ki nastopi po porodu in ne zadovoljuje kriterijev za razvrstitev v druge kategorije duševnih motenj.</li> <li>– Kratka psihotična motnja, ki nastopi največ 4 tedne po porodu.</li> </ul>	<p>Glede na simptome (podobno DSM IV) duševne motnje, povezane s puerperijem, ki se ne dajo drugače klasificirati (puerperalno obdobje je obdobje 6 tednov po porodu):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. blage vedenjske in duševne motnje povezane s puerperijem (vključuje postnatalno depresijo NOS in postpartalno depresijo NOS),</li> <li>2. težke duševne in vedenjske motnje povezane s puerperijem (vključuje puerperalne psihoze NOS),</li> <li>3. druge duševne in vedenjske motnje povezane s puerperijem, ki se ne dajo drugače klasificirati,</li> <li>4. puerperalne duševne bolezni, nespecifične.</li> </ol>

Med poporodnimi duševnimi motnjami zavzemajo posebno mesto poporodne depresije, saj se pojavljajo zelo pogosto in v najrazličnejših stopnjah, od depresivne reakcije do psihotičnih depresij. Tudi pri njih poznamo različne načine razvrščanja. Najpomembnejša prikazuje tabela 4.

Zerssen je leta 1977 razlikoval depresije, ki se nadaljujejo iz obdobja pred nosečnostjo in porodom, od depresij, ki se pokažejo po porodu (9). Bronchington in sodelavci pa ločujejo poporodna depresivna stanja nekoliko drugače (10).

Tabela 4. Klasifikacija poporodnih depresij.

Zerssen 1977	Bronchington in sodelavci 1990
<p>1. Endogene ali nevrotske, ki se nadaljujejo iz obdobja pred porodom</p> <p>2. Poporodne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nevrotične reakcije zaradi spremembe psihosocialnega položaja</li> <li>– kratkotrajne čustvene motnje zaradi hormonalnih sprememb</li> <li>– endogene depresije, ki jih porod sproži</li> </ul>	<p>1. Mala depresivna epizoda – nevrotična depresija</p> <p>2. Poporodna otožnost</p> <p>3. Poporodna velika depresivna epizoda</p>

Različne poglede na problem razvrščanja poporodnih duševnih motenj je M. Bleuler strnil leta 1974 v naslednji izjavi (6): »Puberteta, nosečnost, menstruacija in klimakterij so veljali poprej v psihiatriji kot samostojni »vzroki bolezni«. Danes vemo, da ti pojavi niso povezani z nobeno »posebno psihozo«, temveč najpogosteje predstavljajo dispozicijo za posamezne psihične motnje (zlasti disforije), ki tako in tako že obstajajo.«

### Pogostnost pojavljanja poporodnih duševnih motenj

Glede na prikazano raznolikost v pojmovanju poporodnih duševnih motenj je razumljivo, da se pojavljajo razlike pri navedbah pogostnosti teh motenj. Še najbolj se ujemajo podatki o pogostnosti PP in LP, prikazani glede na število porodov in število sprejemov žensk v psihiatrične ustanove:

- število porodov. Pri podatkih o pogostnosti PP v primerjavi s številom porodov ni večjih kulturnih in demografskih razlik: tako v indijski študiji navajajo 1–2 primera PP na 1000 porodov (12), v arabski študiji višjo pogostnost, tj. 3 primere PP na 1000 porodov (13), Meltzer in Kumar pa navajata 0,6–1,6 primerov PP na 1000 porodov živih otrok (14);
- število sprejemov žensk v psihiatrične ustanove. Pogostnost sprejemov zaradi PP pa se z leti spreminja. E. Kraepelin 1919. navaja pogostnost 11,7% vseh sprejemov žensk v psihiatrične ustanove (6,9% PP in 4,5% LP), Jonson pa 1964. le 2–5% (15). Slednje velja tudi pri nas. Že Vitorovičeva študija (6) je pokazala 2–3% in se ujema z rezultati 20-letne katamnesticne študije bolnic, ki so bile v naši bolnišnici zaradi PP (16).

Kako pogosto pa se med poporodnimi duševnimi motnjami pojavljajo poporodne depresije, je odvisno predvsem od metod in diagnostičnih kriterijev, ki so bili v raziskavah uporabljeni. Različni avtorji ocenjujejo, da se poporodne depresije pojavljajo med 3 in 33% porodnic. Avtorji Saks, Frank in Lowe menijo, da se poporodna otožnost kaže po porodu pri 50–60% žensk ter da je pri 10% porodnic klinično izražena depresija (17). V slovenski študiji smo ugotovili, da se blažja oblika depresivnosti kaže pri 21,5%, srednje težka oblika pri 9% in težja pri 2,5% porodnic (18). Gre torej za problematiko, s katero se psihiatri srečujemo relativno pogosto.

## Dejavniki, ki vplivajo na razvoj poporodnih duševnih motenj

Različni avtorji so preučevali dejavnike, ki bi lahko vplivali na nastanek poporodnih duševnih motenj (12, 13, 16, 18). V tabeli 5 podajamo pregled teh dejavnikov in njihov vpliv.

Tabela 5. *Dejavniki, ki vplivajo na razvoj poporodnih duševnih motenj.*

Dejavnik	Podskupina, ki dvigne verjetnost pojava poporodne duševne motnje
<b>Biološki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– starost matere ob rojstvu otroka pod 17 ali nad 35</li> <li>– ginekološki zapleti med nosečnostjo</li> <li>– porod in porodni zapleti</li> <li>– med obolelimi je do 78 % privesnic</li> </ul>
<b>Družinska obremenitev z afektivno psihozo</b>	Poporodna afektivna bolezen pri 20–25 %
<b>Premorbidne duševne motnje</b>	Vse vrste

### Biološki dejavniki

#### *Starost matere ob rojstvu otroka*

Številni avtorji navajajo pomen materine starosti ob rojstvu otroka v biološkem, psihološkem in socialnem pomenu. Predvsem se ukvarjajo z dvema skupinama mater:

- starejše matere (stare več kot 35 let) in
- adolescentne matere (stare 14–17 let).

Poleg biomedicinskih so upoštevali še psihološke dejavnike. Starejše matere skrbno načrtujejo svojo nosečnost. S predhodno nosečnostjo odlašajo zaradi ekonomskih in poklicnih obveznosti. Bolj se pripravljajo na porod in otroka. Tudi posvojitveno materinstvo bolje sprejemajo. Pogosteje si želijo, da bi rodile deklico. Veliko bolj so anksiozne med nosečnostjo in takoj po porodu. Pogosto imajo težave s svojim zdravstvenim stanjem. Pretirano so zaskrbljene za zdravje svojih dojenčkov.

Rezultati študij adolescentnih mater pa so pokazali večjo stopnjo depresivnosti pred in po porodu kot pri odraslih, osebno zrelih materah. Pri mladih materah sta pogostnost in stopnja depresivnosti po porodu povezani s stresi in odsotnostjo socialne podpore.

#### *Zdravstveno stanje bodoče matere med nosečnostjo*

Psihosomatska medicina uči, da vse, kar se odvija na duševnem področju, izzove nešteto telesnih reakcij. Ker so spolnost, nosečnost in porod tako povezani s čustvi, ni presenetljivo, da so psihosomatske motnje med potekom nosečnosti in poroda tako pogoste. Otrok je del materine psihosomatike. Preko posteljice plod sprejema hranljive snovi pa tudi druge sestavine materine krvi, hormone, encime, imunske in druge snovi, po-

vezane z nosečnostjo. Visoka stopnja materine anksioznosti med nosečnostjo je povezana z nosečnostnim bruhanjem, EPH gestozami, spontanimi splavi, prezgodnjim porodom, zapoznelim porodom, porodnimi zapleti in pogostejšo uporabo anestetikov med porodom (19). Nepravilnosti v poteku nosečnosti, poroda in v razvoju otroka so povezane s psihičnim stanjem matere pred porodom. V primerjavi skupine žensk z duševnimi motnjami (psihoze, nevrotična depresija, osebnostna motenost) s skupino duševno stabilnih žensk so ugotovili, da imajo slednje manj težav med nosečnostjo in porodom (43). Ginekološki zapleti v nosečnosti so lahko dejavnik tveganja pri nastanku poporodnih psihoz. Najpogostejši so: predporodne krvavitve, anemija v nosečnosti, nepravilnost maternice, hidramnion, pielitis, pielonefritis, preeklampsija (20).

#### *Porod in porodni zapleti*

Tudi zapleti pri porodu predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj poporodnih psihoz (20). V mislih imamo krvavitve pri porodu, nepravilnosti ploda, podaljšan porod, poporodno prizadetost otroka, poporodno sepsa in poporodno anemijo. Poporodne depresije se pri starejših porodnicah pojavijo pogosteje, če je bil porod dokončan s pomočjo ginekoloških pripomočkov ali carskega reza.

#### *Razmerje med prvesnicami in mnogorodnicami*

Duševne motnje po porodu so veliko pogostejše pri prvesnicah kot pri mnogorodnicah. Tako je Blaževičeva v svoji študiji našla med materami s poporodnimi duševnimi motnjami 59 % prvesnic (21). Tudi v slovenski študiji se je pokazala ta zakonitost, in sicer med leti 1945 in 1955 v 71 %, med leti 1965 in 1975 pa je bilo 78 % bolnic prvesnic (16).

#### **Družinska obremenitev**

Veliko avtorjev, med njimi Protheroe, navaja večje tveganje za izbruh duševne bolezni po porodu v družinah, obremenjenih z afektivno psihozo in shizofrenijo (22). V družinah, obremenjenih z afektivno psihozo se poporodna afektivna bolezen pojavi v 20–25 %.

#### **Premorbidne duševne motnje**

Kumar in sodelavci (23) so spremljali ženske, ki so imele psihotično epizodo med nosečnostjo. S prospektivno raziskavo so ugotovili, da je tveganje za ponovitev psihotičnih doživetij v poporodnem obdobju veliko. Če je ženska prebolela shizofrensko psihozo ali je imela nevrotične motnje, obstaja večje tveganje za pojav poporodnih psihoz. Pri ženskah, pri katerih se v nosečnosti pojavita hujša anksioznost in sovražnost, je po porodu pogosto izražena depresivna simptomatika.

Številni avtorji ugotavljajo povezavo med duševnimi motnjami v nosečnosti in po porodu. Največkrat so jih opazili pri depresivni simptomatiki v nosečnosti in po porodu. Za depresivna stanja v nosečnosti so uvedli pojem nosečnostne disforije (pregnancy dysphoria) (24).

3 % žensk je sprejetih v bolnišnico zaradi poporodne psihoze, ki se je začela med nosečnostjo. Tesnoba in napetost med nosečnostjo sta povezani s poznejšim depresivnim razpoloženjem.

### Čas izbruha poporodnih psihoz in pojava drugih duševnih motenj po porodu

V prvih dveh tednih po porodu se začne manična, depresivna ali shizoafektivna oblika bolezni. Blažje oblike bolezni se pojavljajo pozneje (nevrotična dekompenzacija) (14). Tudi poporodna velika depresivna epizoda se razvije v prvem do drugem tednu po porodu. Mala depresivna epizoda se pojavi po 6. tednu po porodu, najpogosteje med 7. in 52. tednom, zaradi nevrotične dekompenzacije. V slovenski študiji (16) so ugotovili, da izbruhne psihoze najpogosteje v prvih 14. dneh po porodu, kar je veljalo v 40 % vseh primerov. Poznejši izbruh psihoze je redkejši. Obolevnost naraste med 3. in 6. mesecem po porodu pri približno 30 % bolnic.

### Poporodne duševne motnje in duševne motnje druge etiologije

Če primerjamo simptome poporodne velike depresivne epizode z velikimi depresijami drugih etiologij, ugotovimo pri prvi izrazitejšo psihomotorno agitacijo, hudo blodnjavost in večjo nagnjenost k samomoru. Poporodno veliko depresivno epizodo v 20 % spremljajo organski simptomi, kot so nemir, zbleganost in agitacija. Tudi pri bolnicah s poporodno shizofreniformno psihozo so v primerjavi z bolnicami s shizofrenijo pogosteje izraženi psihomotorna agitacija, zbleganost, dezorientacija, motnje zaznav, blodnjavost in nagnjenost k samomoru. Prav zbleganost (konfuznost) je za poporodne psihoze značilna (25).

Stevens ugotavlja, da so manična stanja po porodu pogosto uvod v poznejše afektivne psihoze (26). »Velike depresije« se v 50 % začnejo po porodu najprej kot poporodne psihoze. V slovenski študiji med leti 1945–1955 kot tudi med leti 1965–1975 so ugotovili, da prehajajo PP in LP po novem porodu ponovno v PP oz. LP v 10 % (16). V shizofrenijo prehajajo v 13 % v prvem in 33 % v drugem obdobju študije. V afektivno psihozo prehajajo v 15 % in v organsko v 4 %.

### Poporodni depresivni sindrom

Depresivnost kot vzorec človekovega odzivanja na različne motnje v organizmu ali psihosocialne konflikte je zelo pogosta. Depresivnost je lahko bolezen sui generis, faza endogene depresije, prehodna stanjska slika v poteku shizofrenije in številnih obolenj možganov, lahko gre za poporodno depresijo ali pa normalno žalovanje (npr. po izgubi svojca ali v brezupnih življenjskih okoliščinah) (27).

Depresivno mater po porodu preveva občutek, da ne more poskrbeti za svojega otroka, običajno zaradi depresivnosti ni zmožna skrbeti zanj in potrebuje pomoč. Čuti se nesposobno in krivo, ker svojega otroka nima dovolj rada. Lahko je hudo razdražljiva ali bolezensko zaskrbljena za otrokovo življenje in zdravje. Izredno velika je nevarnost samomora in razširjenega samomora (28).

Depresija po porodu se kaže v treh oblikah. V blagi obliki kot poporodna otožnost, kot poporodna nevrotična depresija ali kot poporodna velika depresivna epizoda, ki ima že značilnosti prave psihoze.

### Poporodna otožnost

Poporodna otožnost se začne v prvih 48 urah po porodu in je povezana z motnjami v ravni hormonov. Običajno je blaga, spontano izzveni v 72 urah in ne pusti posledic. Če pa traja dlje in se pogloblja, lahko preide v poporodno depresijo.

H. J. Osofsky in J. D. Osofsky navajata naslednje diagnostične kriterije za poporodno otožnost (27):

- začetek običajno v prvih 48 urah po porodu;
- stanje se ponavadi izboljša v 72 urah po začetku;
- resni simptomi so povezani s prehodnimi psihološkimi obremenitvami;
- koncentracija hormonov po porodu upade;
- porodnica je izčrpana, joka in je čustveno labilna;
- porodnica dvomi o svojih zmožnostih, da bi opravljala funkcijo matere;
- porodnični emocionalni odzivi niso usklajeni z objektivno situacijo.

V nosečnosti so izrazito zvišani nivoji horionskega gonadotropina, progesterona, estrogena, kortizola, androgenov, 17-ketosteridov. Povišana je raven ščitničnih hormonov. Koncentracija večine teh hormonov se nenadoma zmanjša v prvih treh dneh po porodu. Hkrati nastopijo motnje v ravnotežju elektrolitov in telesnih tekočin (29). Dnevne meritve ravni izločanja estradiola in pregnandiola so pokazale, da začne že prvi dan po porodu koncentracija obeh hormonov zaradi izločitve posteljice strmo padati (12). Hkrati narašča čustvena labilnost. Okrog tretjega dne po porodu doseže čustvena labilnost višek, potem pa se postopoma, vzporedno s stabilizacijo hormonalnega ravnovesja manjša. Po približno 6 dneh čustvene motnje popolnoma izginejo – ko se vzpostavi hormonalno ravnovesje. Pri porodnici so prisotne čustvena šibkost, pomanjkanje volje, nesposobnost koncentracije, občutljivost in emocionalna labilnost. Porodnica ne občuti kakšne globlje depresije. Poporodna otožnost se pogosto začne z začetno evforijo po porodu.

Simptomi poporodne otožnosti so časovno omejeni, neskladja spontano izginejo, tako da je redko potrebno posebno ukrepanje. Pomembno je podporno vodenje in hrabrenje porodnice brez kakšnega posebnega psihiatričnega zdravljenja. Porodnico moramo opazovati in spremljati morebitno poslabšanje simptomov.

### Poporodna nevrotična depresija oziroma mala poporodna depresivna epizoda

Pri porodnicah so izraženi naslednji simptomi: brezvoljnost in potrnost, ki se slabšata proti večeru, preobčutljivost (predvsem do partnerja in otroka), nespečnost in upadanje spolnih želja. Simptomi, značilni za nevrotično depresijo, se spreminjajo iz dneva v dan. Porodnice izražajo pretirano skrb za dojenčka, ki ni v skladu z otrokovim zdravstvenim stanjem. Dvomijo, da so dobre matere. Preobčutljive so do dojenčkovih potreb in zahtev.

Diagnostični kriteriji za poporodno nevrotično depresijo (PND) so (30):

- depresivni simptomi so povezani z utrujenostjo matere,
- simptomi so bolj izraženi proti večeru,
- razdražljivost,



- slab tek,
- motnje spanja,
- zmanjševanje spolnih želja,
- resnost simptomov se spreminja iz dneva v dan,
- porodnica je pretirano zaskrbljena za zdravje otroka,
- simptomi se običajno pokažejo pozneje po porodu kot pri drugih oblikah poporodne depresije.

Pri zdravljenju PND je najuspešnejša podpora psihoterapija, ki jo moramo povezati z izobraževanjem matere o negi in vzgoji otroka. Redko je potrebno anksiolitično ali antidepresivno zdravljenje (51).

### **Poporodna velika depresivna epizoda**

Simptomi pri poporodni veliki depresivni epizodi (PVDE) so bolj resni in imajo značilnosti depresivne psihoze. Pokažejo se nenadoma v prvem mesecu po porodu. Porodnice so vznemirjene, občasno zmedene, prestrašene, motorično zavrite ali agitirane ter depresivno in samoobtoževalno blodnjave. Izražene so samomorilne težnje in težnje po razširjenem samomoru. Vedenje nekaterih bolnic je nenapovedljivo in lahko prevara svojce in zdravstvene delavce (29).

Diagnostični kriteriji za PVDE so (30, 31):

- simptomi so težji in trajajo dlje kot pri poporodni nevrotični depresiji,
- izraženi so znaki depresivne psihoze,
- bolnica je depresivno in samoobtoževalno blodnjava,
- izraženi so znaki strahu, vznemirjenosti in motnje motorične aktivnosti,
- bolnica se boji, da bi škodovala otroku,
- bolnica grozi s samomorom ali ga celo stori,
- relativno malo bolnic ima misli preganjalne vsebine,
- PVDE je po simptomatiki podobna velikim depresijam.

Obravnava PVDE zahteva veliko pozornosti, pravilno vrednotenje bolničnih simptomov in pravilno ukrepanje. Zavedati se moramo, da relativno blagi simptomi vodijo v težke emocionalne disfunkcije. Pri nekaterih bolnicah se je treba odločiti za sprejem v psihiatrično ustanovo, da bi jih zaščitili. Treba je poskrbeti za bolničnega otroka. Antidepresivno zdravljenje je pomemben sestavni del ukrepanja. V najtežjih primerih PVDE, odpornih na zdravljenje z antidepresivi, je indicirano elektrokonvulzivno zdravljenje (EKT) (30, 31).

### **Predispozicijski dejavniki v nastanku poporodnih depresij**

Vpliv različnih dejavnikov na nastanek klinično prepoznavne bolezenske slike je pomembno raziskovalno področje. Od dobrega poznavanja te problematike je odvisno tako zdravljenje bolezenske motnje kot tudi napod poteka bolezni. Študije so pokazale vpliv najrazličnejših dejavnikov na nastanek klinične slike bolezni. V tabeli 6 povzemamo najpomembnejše vplive po Vandenbergu (31).

Tabela 6. *Predispozicijski dejavniki pri razvoju poporodnih depresij.*

<b>Individualne osebnostne značilnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prvesnice</li> <li>– nepravilnosti v generativni dobi</li> <li>– relativno dolgo obdobje pred pričakovanim porodom</li> <li>– predepizoda poporodne depresije</li> <li>– nerazrešeni problemi in razdvojenost</li> </ul>
<b>Genetski dejavniki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prisotnost duševne bolezni (pretežno afektivne motnje) v bolnični družini</li> <li>– prisotnost duševne bolezni (pretežno afektivne motnje) pri bolnici</li> </ul>
<b>Zakonski in družinski dejavniki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nezaželjena nosečnost</li> <li>– bolničin občutek pomanjkanja ljubezni s strani moža oziroma partnerja</li> <li>– bolničin občutek, da je za moža (partnerja) nekoristna</li> <li>– zakonski problemi, izolacija, samski stan</li> <li>– nerazrešeni problemi do lastne matere</li> <li>– visoka stopnja anksioznosti in depresivnosti v nosečnosti</li> </ul>
<b>Podporni dejavniki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pomen čustvene podpore s strani moža (partnerja), prijateljev, družine, širše družbe</li> <li>– pomoč pri reševanju ekonomskih problemov.</li> </ul>
<b>Ginekološki in perinatalni zapleti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– porod s carskim rezom</li> <li>– porod z velikim tveganjem za nedonošenost</li> </ul>
<b>Biološki dejavniki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hormonalne motnje v nosečnosti (prvi do drugi dan po porodu ni porasta ravni triptofana v plazmi)</li> </ul>

### Prepoznavna poporodnih depresij

Williams in sodelavci priporočajo naslednji postopek (32):

- klinični intervju s psihiatrom in samoocenjevalno lestvico,
- strukturiran klinični intervju (ocenitev psihičnega statusa) in
- ocenjevalna lestvica opazovalca.

Samoocenjevalna in ocenjevalna lestvica se morata med seboj ujemati.

Obstaja več ocenjevalnih lestvic za prepoznavo poporodnih depresij. Med najbolj uporabnimi sta Edinburška poporodna depresivna lestvica – Edinburgh Postnatal Depression Scale (občutljivost 95 %, specifičnost 93 %) in Beckova samoocenjevalna lestvica depresivnosti, ki upošteva kriterije DSM III (33).

V Kanadi uporabljajo poseben vprašalnik namenjen nosečnicam (34). Vprašanja se nanašajo na odnos bodoče matere do otroka, njen odnos do lastne matere, čustvovanje ob morebitnem prejšnjem porodu ter na socialno podporo, ki je je deležna. Vprašalnik je občutljiv v 94 %, v 85 % selektiven. Uporabljen je v številnih raziskavah o nosečnosti in poporodnem obdobju.

Poseben vprašalnik o čustvenem stanju matere (Mood State on Personality Questionare) uporabljajo v Avstraliji. V njem se 60 vprašanj nanaša na PVDE in 83 vprašanj na PND (35). Upoštevali so kriterije DSM III R. Avtorji poudarjajo, da je nujen pregled matere šest tednov po porodu. Poleg ginekološkega pregleda je potrebno oceniti materino duševno stanje, se pogovoriti o njenih zmožnostih, da skrbi za otroka, o psiholoških in socialnih dejavnikih, o odnosu do moža (partnerja), o težavah, ki jih ima pri svojem delu, o motnjah spanja, nezanimanju za dogodke okrog nje, o odklanjanju spolnih odnosov in o drugem.

Sestaviti nameravamo poseben vprašalnik za slovenski prostor, v katerem bi obravnavali depresivno simptomatiko v nosečnosti in po porodu.

### **Vpliv poporodne depresije na razvoj otroka**

Obstajajo jasni dokazi o vplivu materine depresije po porodu na otroka in njegov razvoj. Matere s PVDE so zaradi vsebine psihopatoloških doživetij hudo prizadete. Nenehno je prisotna nevarnost samomora ali razširjenega samomora. Kljub temu matere s PVDE redko ubijejo svojega otroka v prvem letu življenja. Značilni so impulzivni uboji otrok tistih mater, ki so bile v lastnem otroštvu zapostavljene in zlorabljene, brez prave čustvene podpore. Pogosto so tudi pri materinih starših ugotavljali depresivno simptomatiko, očitno ali prikrito (36).

Depresivni starši prenašajo lastne občutke krivde in nezadostnosti na otroka. Opisali so negativne učinke materine poporodne depresije na otrokov razvoj v spletu medsebojnih odnosov. Menijo, da imajo depresivne matere čustveno zaviralno vlogo, zavirajo otrokovo osamosvojitve, procese zgodnje socializacije in oblikovanja otrokove osebnosti. Pri otroku pride do motenj kognitivnih funkcij (37).

### **Prognoza in izid poporodnih depresij**

Menijo, da se PVDE pozdravijo v prvem letu po porodu v približno 75 %.

Simptomi PND izvenijo v nekaj tednih do prvega leta. Pri tem je potrebno ustrezno vodenje in zdravljenje (38).

Pogostnost t. i. povratne (rekurentne) poporodne depresije se v naslednji nosečnosti giblje med 9,5 % do 35 %, v povprečju pri 20 %. Ta verjetnost ponovnega pojavljanja depresije v naslednjih nosečnostih se veča tudi s številom nosečnosti. Pozorno moramo spremljati emocionalno stanje ženske med nosečnostjo in prve tri mesece po porodu.

### **Vpliv osebnostnih dejavnikov na razvoj poporodne depresije**

V vrsti raziskav so se psihološki dejavniki izkazali kot pomemben etiološki dejavnik pri nastanku poporodnih depresij. Kendell in sodelavci so odkrili povezavo med »nevroti-

cizmom«, kot ga meri Eysencov test, in poporodno depresijo (39). Ženske z visokim rezultatom na testu »nevroticizma« po porodu pogosteje depresivno reagirajo.

Psihoanalitične razlage so med prvimi omajale prepričanje o primarno organski pogojenosti poporodnih depresij. Zgodnji odnosi med materjo in otrokom pomembno vplivajo na izbruh depresije (40). Poleg odnosa do lastne matere imajo psihodinamski pomen še podzavestno odklanjanje otroka, nesprejemanje ženske vloge, nerazrešen Ojdipov kompleks ter čustvena nezrelost in odvisnost.

### **Pomen osebnostnih dejavnikov med potekom nosečnosti**

Nezaželena nosečnost je ena od najtežjih stresnih situacij za mater in jo socialno in čustveno ogroža. Mati lahko na to odgovori zavestno ali podzavestno z agresivnimi čustvi do otroka. Ta težek frustracijski položaj pogosto pripelje do velikih nihanj v psihičnem stanju matere, ta pa lahko povzročajo konverzije psihosomatskih bolezenskih pojavov.

Lukescheva (41) je poskušala sistematizirati težave, v katerih se znajde ženska v novi situaciji:

- odklanjanje nosečnosti nasploh,
- nenačrtovana nosečnost, nezaželena nosečnost,
- strah pred porodom,
- strah, da bi bil otrok prizadet, bolan oziroma deformiran,
- odklanjanje dojenja,
- motnje v odnosu do partnerja in
- motnje v identifikaciji z vlogo matere.

Problem nezaželene nosečnosti je za bodočo mater in otroka težek. Vedenje bodoče matere je lahko povsem neustrezno: zanemarija higienske obveznosti, hira, kadi, uživa alkohol. Lahko pride do podzavestnih nevrotskih reakcij, bruhanja, psihosomatskih motenj ter anksioznih stanj. Med nosečnostjo se vzpostavi materinski instinkt, ki postopoma prevlada.

### **Odnos do materinstva in motivacija zanj**

Stopnja motiviranosti za materinstvo pri materi (sprejemanje nosečnosti) so precej odvisne od ljubezni in spoštovanja moža (partnerja), pa od varnosti, ki jo čuti ob njem (42). Pri ženski imata porod in rojstvo prvega otroka poseben pomen, po tem se ne spremeni samo življenje ženske, ampak gre za nekakšno dozorevanje, življenjsko opredelitev, prevzemanje novih funkcij.

Velikonja navaja, da se je odnos družbe do nosečnosti spremenil. Nekoč je bila ženska priznana v družbi kot mati (43). Neplodna ženska je bila razvrednotena. Danes je vse več žensk, ki se zaradi poklicnih in drugih interesov odločijo za življenje brez otrok.

### **Pomen samospoštovanja**

Samospoštovanje in anksioznost oziroma depresivnost žensk sta povezana. Samospoštovanje, samozavest in urejeni socialni odnosi zmanjšujejo tveganje za pojav depresivne bolezni. Med predispozicijskimi dejavniki za nastanek poporodne depresivne bo-

lezni omenjajo zgodnjo ločitev od matere (ali izgubo matere v zgodnjih otroških letih). Brown in Harris omenjata vpliv socialnih dejavnikov na samospoštovanje. Avtorja sta postavila 3 hipoteze (44):

- ženske, pri katerih je slabo izraženo samospoštovanje, pogosto zbolijo za depresivno boleznijo;
- ženske, ki so že prebolele depresivno bolezen ali anksiozno stanje in imajo nizko samospoštovanje, pogosto zbolijo;
- pri ženskah, pri katerih se bolezen začne z anksioznostjo in depresivnostjo, pride do padca samospoštovanja.

Pojav (okrepitev, dvig) samospoštovanja je eno od znamenj, da depresivna bolezen izzveneva.

#### **Individualne osebnostne poteze žensk, dovzetnih za poporodno depresijo**

Glede na raziskavo so naslednje skupine žensk bolj dovzetne, da depresivno reagirajo po porodu (45):

- prvesnice ali starejše ženske, ki dolgo časa niso mogle zanositi;
- ženske, že nagnjene k poporodni depresivnosti;
- ženske, nezadovoljne s svojo žensko vlogo;
- ženske, nezadovoljne s svojim zunanjim videzom;
- družinsko obremenjene ženske z afektivnimi boleznimi;
- ženske s pomanjkanjem zaupanja v odnosu do partnerja – otrokovega očeta;
- ženske, ki so zanosile v adolescentnem obdobju;
- tiste, ki so mater izgubile pred svojim 11. letom;
- ženske, ki so čutile odsotnost »toplega« doma v otroštvu.

Skulj meni, da psihodinamska teorija depresije pojasnjuje njen tradicionalni potek: introvertiranost – samokritičnost – občutki krivde – depresija (46).

#### **Vpliv socialnih dejavnikov na razvoj poporodne depresije**

Poporodne duševne motnje se kažejo v 35 % pri ženskah višjega socialno-ekonomskega razreda in v 65 % nižjega razreda (12). Pri ženskah, pri katerih se je po porodu razvila depresivna simptomatika, so v 80 % našli stresne dogodke ali neugodne razmere, kot so: zakonska nesoglasja, samskost, neugodno ekonomsko stanje, izguba pomembne osebe, vsiljena poroka, predhodno obdobje neplodnosti (47).

#### **Zakonski (partnerski) odnosi**

Velikonja navaja, da imajo nevrotične, depresivno zavrte, čustveno labilne ženske več težav v partnerskih odnosih in se bolj neustrezno odzovejo na otroka (43). Bolj so nagnjene k poporodni depresivnosti. Tudi drugi avtorji omenjajo jasne povezave med zakonskimi nesoglasji in pojavi poporodne depresije (44, 47). Tudi v naši študiji so se za najpomembnejše izkazali odnosi med partnerjema (18). Očitno je, da so ti odnosi zelo pomembni v kritičnih obdobjih (nosečnost, poporodno obdobje).

### **Zakonski stan**

Zakonski stan matere je v negativni korelaciji s poporodno depresijo, kar pomeni, da se depresivnost pogosteje kaže pri neporočenih, razvezanih in samskih ženskah. Kaže, da je zakonski stan varovalni dejavnik, ki daje porodnici večji občutek varnosti (18). Pri ženskah, ki so samske in rodijo deklico, pogosteje pride do izbruha poporodne depresije (47). Samske matere pogosto občutijo pomanjkanje podpore in imajo negativno mnenje o sebi (48).

### **Pomen izobrazbe**

Matere z nižjo izobrazbo pogosteje reagirajo depresivno kot matere z višjo izobrazbo (18). Matere nedonošenih otrok z nižjo izobrazbo so pogosteje depresivne (43), kar se kaže z nerazpoloženostjo, strahom pred osamljenostjo, z občutki manjvrednosti in depresivnim razpoloženjem v obdobju do šest mesecev po porodu (12, 16). Sama izobrazba nima neposredne zveze z depresivnostjo, ampak se v njej odraža vrsta drugih dejavnikov (18).

### **Pomen poklica in zaposlitve**

Brown in Bifulco sta v prospektivni študiji pri skupini zaposlenih žensk z majhnimi otroki proučevala učinek zaposlitve na tveganje za razvoj depresivne bolezni (48). Postavila sta hipotezo o neposrednem varovalnem učinku zaposlitve. Občutki izgube in razočaranja so tudi pomembni v razvoju klinične depresije (44). Navajata, da so brezposelne ženske brez evidentnega socialnega vpliva in brez socialne podpore.

Po drugi strani tudi poročene ženske brez prave podpore s strani soprogov prihajajo v težave. Če so te ženske delno zaposlene, je njihovo tveganje za nastanek depresije 19 %, če sploh nimajo službe pa 52 %. Nekaterim ženskam zaposlitev pomaga, da lažje prenašajo intimna nesoglasja s svojimi možmi ali prijatelji (44) ter v širšem okolju (49).

Iz naše študije je razvidno, da so poklicne obremenitve žensk na Slovenskem zelo velike in da zakonitosti iz Zahodnega sveta (npr. priporočilo o delni zaposlitvi žensk) ni mogoče neposredno prenašati (16).

### **Vplivi negativnih življenjskih dogodkov**

Matere, ki so v predhodnem življenjskem obdobju doživele več duševnih pretresov, so bile po rezultatih nekaterih raziskav v poporodnem obdobju odpornejše proti depresivnim reakcijam (50). Druge raziskave pa kažejo, da poporodna depresija kaže na dlje časa trajajoče zakonske disharmonije in neugodne življenjske dogodke ter močno izraženo nevrotično simptomatiko (44, 47). Patrick in sodelavci menijo, da tudi pri velikih depresijah v anamnezi bolnic najdemo v 50 % obremenilne življenjske dogodke (46). »Depresivno dekompenzacijo« lahko sprožijo tudi neopazni obremenjujoči življenjski dogodki, če gre za kumulativne učinke ali okoliščine, ki delujejo v tem smislu. Med neugodne življenjske dogodke sodijo družinska nesoglasja, nesoglasja glede odnosa do otrok, telesne bolezni, prizadetost družinskih članov, finančne težave in revščina v družini ter perinatalna smrt otroka (51).

## Zaključek

V Sloveniji je bilo do sedaj delo na področju poporodnih duševnih motenj usmerjeno predvsem v obravnavo poporodnih psihoz (v kontekstu poporodne velike depresivne epizode), ne pa reaktivnih stanj po porodu ter poporodnih nevrotičnih dekompenzacij. Ta stanja so veliko bolj pogosta in zahtevajo ustrezno vodenje bolnic in zdravljenje. Slednje pa zahteva oblikovanje diagnostičnega inštrumentarija, npr. ocenjevalna lestvica za identifikacijo poporodnih depresij.

Metode, ki jih uporabljajo v tujini, je potrebno testirati v našem okolju. Pri nastanku poporodnih duševnih motenj igrajo pomembno vlogo najrazličnejši psihosocialni dejavniki. O tem je na voljo predvsem anglosaksonska literatura, njihovih ugotovitev pa ne moremo v celoti prenesti k nam. Upoštevati moramo tudi sedanji družbeni in socialni trenutek, v katerem živimo.

Domača in tuja spoznanja, da so bolnice z depresijo po porodu pogosto imele podobne težave že med nosečnostjo, podpirajo potrebo po dobrih diagnostičnih postopkih in psihoprolaktičnem delu. Menimo, da bi nekatere porodnice potrebovale ustrezno obravnavo že v visoki nosečnosti, ki bi se v poporodnem obdobju nadaljevala. To pa je možno izpeljati samo z ustreznim sodelovanjem med lečečim ginekologom – porodničarjem in psihiatrom ali kliničnim psihologom.

Poseben problem predstavljajo bolnice, ki so že v preteklosti imele določene duševne motnje (vključno s psihotičnimi), pa se odločijo za nosečnost in materinstvo. Obravnavo takšnih bolnic med nosečnostjo je zahtevna, isto velja za preprečevanje izbruha materine bolezni po rojstvu otroka. V naši ustanovi imamo izkušnje in razvite sheme zdravljenja predvsem pri bolnicah s shizofreniformno simptomatiko.

Strokovne pomoči so potrebne tudi porodnice, ki so izgubile otroka ali rodile otroka z razvojnimi nepravilnostmi. Pri njih je v ospredju podporno vodenje in blago medikamentozno zdravljenje. Zanje je tudi primernejša individualna obravnava kot pa v skupini.

Poporodnih duševnih motenj najrazličnejših oblik ni malo, zato je potrebno poznavanje te problematike tako s strani splošnih zdravnikov, kot tudi vseh drugih specialistov, ki sodelujejo pri vodenju žene skozi nosečnost in porod v materinstvo. Tudi šola za starše je mesto, kjer lahko na ustrezen način izobražujemo žene in njihove partnerje ter jih učimo prepoznavati duševne težave, povezane s tako izjemnim dogodkom v njunem odnosu, kot je rojstvo otroka.

---

## Literatura

1. Putnik T. *Vloga etioloških dejavnikov pri nastanku poporodnih psihoz*. Specializantska naloga. Ljubljana: Univerzitetna Psihiatrična klinika, 1988: 1–9.
2. Katona LE. Puerperal mental illness: comparisons with non-puerperal controls. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 447–52.
3. Conrad K. Die symptomatischen Psychosen (Die Wochenbettpsychosen). In: Conrad K. *Psychiatrie der Gegenwart*. New York: Springer-Verlag, 1972: 38–9.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: APA, 1980.

5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. revised. Washington, DC: APA, 1987.
6. Vitorovič M. Psihične motnje v zvezi z generativnimi procesi. Puerperij. Laktacija. In: Milčinski L, ed. *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 243–6.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA, 1994; 315.
8. World health organization. *International classification of diseases*. 10th ed. Ženeva: WHO, 1992.
9. Zerssen D. Psychische Störungen. In: Zandler J, Goebel R, eds. *Psychologie und Sozialmedizin in der Frauenheilkunde*. Berlin: Spinger, 1977.
10. Bronchington JF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Marginson F. Stress and Puerperal Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 331–4.
11. World Health Organization. *International Classification of Diseases*. 10. revizija. Ženeva: WHO, 1994.
12. Agrawal P, Bhatia MS, Malic S. Postpartum psychosis: a study of indoor cases in a general hospital psychiatric clinic. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 571–5.
13. Shoeb JH, Hassan GA. Postpartum Psychosis in the Assir Region of Saudi Arabia. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 427–30.
14. Meltzer ES, Kumar R. Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother and baby admissions. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 647–54.
15. Jaspers K. *Opšta psihopatologija*. Beograd: Savremena administracija, 1978.
16. Ličina M, Mlakar J. Poporodne in laktacijske psihoze obravnavane v UPK Lj.- Polje v času od 1945–55 in 1965–75. *Zdrav Vestn* 1984; 53: 309–12.
17. Saks BR, Frank JB, Lowe TL, et al. Depressed mood during pregnancy and the puerperium: clinical recognition and implication for clinical practice. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 728–31.
18. Ličina M, Jensterle J, Mlakar J, Čuk M, Cerar V. Incidenca poporodne depresivnosti v povezavi s psihosocialnimi dejavniki. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 369–72.
19. Pajntar M. Psihosomatske komplikacije nosečnosti in poroda. *Zdrav Vestn* 1982; 51: 187–90.
20. Kendell RE, Chalmers Je Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662–73.
21. Blaževič D. Psihoze v puerperiju. *Medicinski glasnik* 1954: 431–7.
22. Protheroe C. Puerperal psychoses: a long-term study 1927–1961. *Br J Psychiatry* 1969; 115: 9–30.
23. Kumar R, Iseacs S, Meltzer E. Recurrent post-partum psychosis. A model for projective clinical investigation. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 618–20.
24. McNeil TF, Kaig L, Malmquist-Larsson A. Pregnant women with nonorganic psychosis: life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 68: 445–57.
25. Dean C, Kendall RE. The Symptomatology of puerperal illness. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 128–33.
26. Stevens BC. Psychosis associated with childbirth. A demographic survey since the development of Community care. *Soc Sci Med* 1971; 5: 543–72.
27. Milčinski L. Depresivni sindrom. In: Milčinski L, ed. *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 119–20.
28. Tihole F. *Oblike pomoči depresivnim materam*. Ljubljana: Strokovni seminar patronažnih sester Slovenije, 1988: 1–9.
29. Bronchinton JF, Kumar R, eds. *Motherhood and mental illness*. London: Academic Press, 1982: 119–50, 21–36.
30. Osofsky HJ, Osofsky JD. Postpartum depression. In: *Psychiatry: Clinical update*. The UPJOHN Company 1984: 1–8.
31. Vandenberg RL. Postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 23: 1105–11.
32. Williams P, Tarnpolsky A, Hand D. Case definition and case identification in psychiatry: epidemiology – review and assessment. *Psychol Med* 1980; 10: 101–14.
33. Harris B, Huele PH, Thomas R, et al.: The Use of rating scales to identify postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 813–7.
34. Braverman J, Roux JD. Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 731–6.



35. Boyce P, Hadzi-Pavlovic D, et al. Depressive type and state effects on personality measures. *Acta Psychiatrica Scand* 1989; 81: 197–200.
36. Brandon S. Depression after childbirth. *BMJ* 1982; 284: 613–14.
37. Volkmer F. *Social communicative development in the first years of life*. Washington: Scientific meeting of the national center for clinical infant programs, 1983.
38. Uddenberg N, Engleson I. Prognosis of post partum mental disturbance. A prospective study of primiparous women and their 4,5 year-old children. *Acta Psychiatrica Scand* 1978; 58: 210–2.
39. Kendell RE, Machenzice W, West C, et al. Day to day mood changes after childbirth: further data. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 620–5.
40. Frommer EA, O'Shea G. Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 149–56.
41. Lukesch M. *Psychogene Faktoren der Schwangerschaft*. Dissertationarbeit. Salzburg: Philosophische Fakultät der Universität, 1975.
42. Pregelj B. Prenatalno, natalno in postnatalno obdobje. In: Milčinski L, ed. *Psihijatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 565–9.
43. Velikonja V. *Vpliv dejavnikov okolja na psihični razvoj prezgodaj rojenih otrok v prvem letu življenja*. Magistrska naloga. Ljubljana: Filozofska Fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, Oddelek za Psihologijo, 1990.
44. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression*. London: Tavistock University Press, 1978.
45. Pitt B. Depression and childbirth. In: Paykel ES, ed. *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford Pr., 1982: 361–77.
46. Skulj M. *Razčlenitev psihotičnih depresij in združitve posameznih in skupnih značilnosti bipolarnih in unipolarnih depresij*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1984.
47. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, et al. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 339–46.
48. Brown GW, Bifulco A. Motherhood employment and the development of depression. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 169–79.
49. Kobal M. Mentalna higiena v družbenih skupnostih. In: Milčinski L, ed. *Psihijatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 533–7.
50. Jensterle J, Ličina M, Mlakar J. Depresivnost v poporodnem obdobju. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 247–9.
51. Kumar R, Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35–47.

Prispelo 25.3.1995.