

GLAVNE ZNAČILNOSTI POPORODNE DEPRESIJE

MAIN FEATURES OF POST-PARTUM DEPRESSION

Ana Polona Skočir

KLJUČNE BESEDE: *poporodna depresija*

KEY WORDS: *postpartum depression*

Izvleček – *Poporodna depresija prizadane približno 10–15 % žensk. Ponavadi se pokaže v prvem poporodnem letu, najpogosteje v prvem mesecu po porodu, lahko pa že v nosečnosti. Vzrok nastanka ni jasen, pregled literature s področja dejavnikov tveganja je nekonsistenten, simptomi pa so zlahka zamenljivi z normalnimi spremembami poporodnega obdobja, ker ženske prizadane v obdobju, ko se postavljajo temelji odnosa mati–otrok in lahko vpliva na psihološki razvoj otroka, zahteva vso pozornost zdravstvenih delavcev.*

Abstract – *Post-partum depression affects 10 to 15 % of women. It usually occurs in the first post-partum year, most often in the first post-partum month but in some cases already during pregnancy. Etiology is not clearly defined and survey of literature on risk factors inconsistent. Symptoms could be easily mistaken for the symptoms of puerperium as it usually occurs in the period when the relations between mother and child are not yet established and can therefore have adverse effects of child's development and progress. Therefore, it requires full attention of all health workers.*

Uvod

Rojstvo otroka je pomemben dogodek. Prihod novega bitja v življenje mladih staršev vnese mnogo veselja, obenem pa tudi veliko sprememb.

Življenjske situacije, ki zahtevajo hitro spremembo življenjskega sloga, socialnih vlog in medsebojnih odnosov, so za posameznika stresne (Stowe in Nemeroff, 1995; Raphael-Leff, 1991). Poporodno obdobje je ravno zaradi teh zahtev, ki zahtevajo mnogo prilagajanj naporno ter fizično in psihično stresno (Albers in Williams, 2002).

Veliko žensk se v novi situaciji znajde brez težav, ni pa redko, da posameznice klonejo pod težo lastnih pričakovanj ter družbeno pričakovano srečno materinstvo se spremeni v razočaranje, jezo, žalost in lahko tudi depresijo.

Zgodovina poporodnih duševnih motenj

Poporodne duševne motnje so prvič omenjene že v antiki. Prvi primer je opisal Hipokrates (Ličina in Radovanović, 1995). Antični zdravniki so domnevali, da so poporodne duševne motnje posledica lohije, ki je zašla v možgane ženske.

V srednjem veku so se prepričanja o vzroku poporodnih duševnih motenj, v skladu z mentaliteto časa, spremenila; menili so, da so žensko po porodu obsedli demoni.

V času protestantizma so prevladali religiozno obarvani vzroki; nosečnost, boleč porod in materinstvo so smatrali za sredstvo zveličanja za izvorni greh;

duševna zmedenost po porodu je bila logična posledica (Littlewood in McHugh, 1997).

V 19. stoletju so prvič poskušali poporodnim duševnim motnjam najti razumsko razlago. Holm je trdil, da so duševne motnje v puerperiju posledica infekcije, Magnan je vzroke iskal v dednosti, medtem ko je Regis menil, da je vzrok poporodnih duševnih motenj avto-intoksikacija s telesu lastnimi snovmi (Brochington, Martin, Brown, Goldberg in Margison, 1990).

Z vzponom psihoanalitičnega gibanja v sredini 20. stoletja, je prevladala misel, da je materinstvo osrednja ženska vloga (Leathers, Kelley in Richman, 1997) in depresija posledica zavrtih spolnih želja oziroma neprimerne spolnega razvoja (Cox, 1986).

Louis Victor Marce, francoski zdravnik, je bil prvi, ki je poporodne duševne motnje podrobneje opisal, ter trdil, da vsaka ženska po porodu lahko zapade v stanje čustvene labilnosti, četudi je drugače psihično trdna osebnost (Littlewood in McHugh, 1997).

V 60-ih letih 20. stoletja so se pojavila prepričanja o biološki pogojenosti poporodnih duševnih motenj (Leathers, Kelley in Richman, 1997). Na podlagi postavke, da depresijo po porodu povzročajo hormoni in dednost, je Römer razvil tezo, da je vzrok poporodnih duševnih motenj endogena predispozicija ženske, porod pa je sprožilni dejavnik (Brochington, Martin, Brown, Goldberg in Margison, 1990).

Leta 1932 je bil v Veliki Britaniji sprejet Zakon o detomoru. Ta je priznal olajševalne okoliščine materam, ki so bile odgovorne za smrt svojih otrok do prvega leta otrokove starosti, saj si še niso uspele opomoči od poroda in laktacije ter je bil njihov um za-

mračen (Littlewood in McHugh, 1997). Domnevali so, da so ženske nemočne ter popolnoma pod vplivom hormonov.

Šele z začetki feminističnega gibanja je v ospredje stopil tudi psihosocialni aspekt poporodnih duševnih motenj. V 70-ih in 80-ih letih 20. stoletja, s spremembami vloge žensk, ki so vse bolj prodirale v javno življenje, se je spremenilo tudi pojmovanje materinstva in s tem poporodnega duševnega zdravja (Leathers, Kelley in Richman, 1997). Šele leta 1950 so poporodne duševne motnje prvič opisali kot nepsihotične motnje (Stewart in Henshaw, 2002). Začeli so dopuščati možnost, da je družba tista, ki s svojimi visokimi kriteriji materinstva, ki so nedosegljivi, ženske peha v duševne travme.

Nasprotujočim si mnenjem o izvoru poporodnih duševnih motenj še danes ni konca. Kljub različnim dokazom in mnenjem, resničen vzrok depresij po porodu še ni poznan.

Poporodne duševne motnje v različnih kulturah

Dolgo časa je prevladovala miselnost, da so poporodnim duševnim motnjam podvržene le ženske zahodnih, razvitih dežel, saj so se s tehnološkim in kulturnim razvojem oddaljile od svoje naravne vloge materinstva (DeAngelis, 1997), vendar so študije v različnih družbah (tako razvitih kot nerazvitih) odkrile podobno incidenco poporodnih duševnih motenj (Cox, 1986; Huang in Mathers, 2001). Vseeno obstajajo manjše razlike; evropske in avstralske ženske so redkeje depresivne po porodu kot ženske v Združenih Državah Amerike. Najbolj dovzetne za poporodno depresijo so Azijke in južnoafriške ženske (Afonso, De, Horowitz in Mayberry, 2000).

Glavni vzrok je verjetno različna, kulturno pogojena percepcija žensk glede nosečnosti, rojstva in s tem zelene podpore v tem času (Stuchbery, Matthey in Barnett, 1998). Na individualno stališče žensk v veliki meri vplivajo norme, vrednote in pričakovanja družbe. Izražanje neugodja, pritoževanje in samopomilovanje je v nekaterih družbah nezaželeno in ženske so vzgojene, da svoje nezadovoljstvo in osebne probleme zatrejo (Hearn, Iliff, Jones in sod., 1998; Stuchbery, Matthey in Barnett, 1998). V takih družbah je incidenca poporodnih duševnih motenj lažno nižja. Prav tako je od kulture odvisno dojetje podpore. Nekateri družbe bolj cenijo emocionalno podporo, medtem ko je v drugih pomembnejša praktična pomoč. Slednje vpliva tudi na to, kakšno obliko podpore ženska v poporodnem obdobju pričakuje s strani bližnjih, pa tudi s strani zdravstvenih delavcev (Simkin, 1996).

Mnoge tradicionalne družbe imajo posebne predpise glede vedenja žensk v prvem mesecu po rojstvu otroka. Ta pravila istočasno tudi definirajo odnos družbe do ženske. Otročnice in njihove družine so upravi-

čene do posebne pozornosti in pomoči v prvih šestih tednih po porodu (Cox, 1986). Na Japonskem obstaja običaj, ki materi omogoča praktično pomoč v prvem mesecu po porodu in ji tako olajša prehod v starševstvo (Okano, Nagata, Hasegawa, Nomura in Kumar, 1998). Podobni običaji in navade omilijo stres v poporodnem obdobju in s tem manjšajo možnost za razvoj poporodnih duševnih motenj (Stuchbery, Matthey in Barnett, 1998).

Možno je, da prav pomanjkanje tradicionalnih običajev v zahodnih kulturah prispeva k razvoju poporodne depresije (Stuchbery, Matthey in Barnett, 1998). Etika individualizma, tekmovalnosti, mobilnosti, ekonomičnosti in medikalizacija poroda materinstvu niso v pomoč (LoCicero, Weiss in Issokson, 1997). Moderna družba od ženske po porodu pričakuje, da bo ob povratku iz porodnišnice normalno funkcionirala in njene potrebe, v luči psihične in fizične ranljivosti, niso upoštevane (Cox, 1986). V preteklosti je razširjena družina omogočila podporo, pomoč in znanje. Ti elementi so z nastankom nuklearnih družinskih celic izginili. Prepričanje, da je materinstvo instinktivno, je zmotno. Vloga matere je zahtevna, priučena večšina, ki se je ženska nauči po metodi igranja vlog in opazovanja. Slednje je v moderni družbi oteženo, saj so dojenje in ostale aktivnosti v povezavi z nosečnostjo, porodom in puerperijem, umaknjene izpred oči javnosti v zasebno sfero (Welburn, 1980).

Nekdaj je bilo materinstvo izredno cenjena vloga. Danes je združeno z nizkim socialnim statusom, socialno izolacijo, ki v materi vzbuja občutek zapostavljenosti in nizkega samospoštovanja (Welburn, 1980). Ni torej presenetljivo, da mnogo žensk materinstvo smatra za izgubo – poklicne identitete, avtonomije (Mauthner, 1999), partnerskega odnosa in življenjskega sloga (Beck, 1995b).

Prav tako kot materinstvo kultura definira tudi pogled na duševne bolezni. Strah pred stigmatizacijo ženskam preprečuje izražanje negativnih čustev glede materinstva in depresivnosti po porodu.

Klasifikacije poporodnih duševnih motenj

Poporodnih duševnih motenj dolgo niso obravnavali samostojno (Littlewood in McHugh, 1997). Slednje je razvidno iz Mednarodne klasifikacije bolezni – International Classification of Diseases ICD 10 (World Health Organization – WHO, 1991), ki poporodne duševne motnje uvršča med afektivne motnje, ki jih loči po simptomatiki in ne po vzročnosti (Murray, 1996). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM IV (American Psychiatric Association – APA, 1994) sicer vsebuje posebno podkategorijo za poporodni izbruh duševnih motenj, vendar pa jih kljub temu ne obravnava samostojno (LoCicero, Weiss in Issokson, 1997; Sand Sobey, 2002; Bozoky in Corwin, 2002).

Strokovnjaki so mnenja, da je klasifikaciji potrebno spremeniti, tako da bosta obravnavali pojav poporodnih duševnih motenj ločeno od duševnih motenj v drugih življenjskih obdobjih posameznika (Paykel, 2000), vendar pa je najprej potrebno dokazati, ali si resnično zaslužijo lastno kategorijo. Ni namreč popolnoma jasno, ali se poporodne duševne motnje razlikujejo od duševnih motenj v drugih življenjskih obdobjih (Pajntar, 1994). Nekateri strokovnjaki trdijo, da se poporodna depresija razlikuje od splošne depresije (Dalton in Herxheimer, 1997; Pitt, 1968); ima močnejše izražene občutke krivde, slušne halucinacije ter nekatere druge specifične lastnosti (Dean in Kendall, 1981). Po drugi strani pa poporodna depresija ni nič pogostejša od depresije v ostalih življenjskih obdobjih (O'Hara, Zekoski, Phillips in Wright, 1990), zato nekateri menijo, da so poporodne duševne motnje splošna depresivna stanja, ki naključno izbruhnejo v času po porodu. Edina razlika je ta, da so simptomi v primeru poporodnega izbruha milejši (Whiffen in Gotlib, 1993).

Poporodne duševne motnje se, glede na njihovo težo, delijo v tri kategorije (Murray, 1996):

- poporodna otožnost;
- poporodna depresija, ki lahko variira od mile do resne oblike (Brockington, 2000) in
- poporodna psihoza (Clarke-Akalanue in Myles, 2002).

Ni še jasno ali so poporodna otožnost, poporodna depresija in psihoza tri različna stanja ali eno samo, ki variira v svoji teži (Brockington, Martin, Brown, Goldberg in Margison, 1990).

Poporodna otožnost je prehodno stanje blage depresije, ki ga po porodu občuti približno 66 % žensk (po različnih študijah delež znaša od 50 do 80 %) (Pitt, 1973; Murray, 1996; Clarke-Akalanue in Myles, 2002). Navadno se začne v prvih petih dneh po porodu (McIntosh, 1993), oziroma do prvih dveh tednov po porodu (Cox, 1986). Najpogosteje so izbruh zasledili četrty dan po porodu. Emocionalna labilnost, ki je glavni simptom poporodne otožnosti, navadno izveni do desetega poporodnega dneva (Wisner, Parry in Piontek, 2002); včasih lahko traja le nekaj ur (Boath in Henshaw, 2001).

Poporodna otožnost je posledica spremembe hormonskega ravnotežja. Začetna evforija se nadaljuje v emocionalno labilnost, jokavost, brezvoljnost, razdražljivost ter pomanjkanje koncentracije (Ličina in Radovanović, 1995; Leathers, Kelley in Richman, 1997), žalost, anksioznost in zmedenost (Wisner, Parry in Piontek, 2002).

Navadno se spontano konča v nekaj dneh in ne pušča posledic (Ličina in Radovanović, 1995), ne zahteva nobenih ukrepov in velja za normalno psihološko reakcijo puerperija (Raphael-Leff, 1991). Ka-

dar pa traja dlje, v 20 % preide v poporodno depresijo (Cox, 1986; Sand Sobey, 2002), zato je potrebno ženskam, ki trpijo za poporodno otožnostjo, omogočiti podporo ter s tem preprečiti resnejša depresivna stanja.

Poporodna psihoza je najresnejša oblika poporodnih duševnih motenj. Psihotečne epizode so trikrat pogostejše v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja (Agnew, 1999) kot v ostalih življenjskih obdobjih ženske. Poporodna psihoza prizadane približno 0,2 % otročnic (Raphael-Leff, 1991; Murray, 1996; Buist, 1997), po mnenju nekaterih raziskovalcev pa celo do 2 % žensk (Wood, Thomas, Droppleman in Meighan, 1997). Ponavadi izbruhne v prvem mesecu po porodu in traja od šest tednov do šest mesecev (Cox, 1986; CRAG, 1996). Simptomi vključujejo halucinacije, tremor (Leathers, Kelley in Richman, 1997), manične epizode (Brockington, 2000), zmedenost (Boath in Henshaw, 2001; Wisner, Parry in Piontek, 2002), obstaja pa tudi možnost samomora in detomora (Raphael-Leff, 1991). Glede na to, da je izbruh nenaden in sprememba vedenja izrazita, je poporodno psihozo lahko opaziti (Cox, 1986; Buist, 1997). Pogosto ima poteze manične depresije (Gutteridge, 2001). Če se kaže kot unipolarna motnja, so pogosto izražene depresivne in psihotečne poteze (Stowe in Nemeroff, 1995). Potrebna je hospitalizacija (Murray, 1996) in takojšnje, agresivno zdravljenje z medikamenti; občasno celo z elektro-konvulzivno terapijo (Cox, 1986; Ličina in Radovanović, 1995; Buist, 1997).

Poporodna depresija je stanje, ki se po resnosti umešča med poporodno otožnost in poporodno psihozo. Je resnejše in dalj trajajoče stanje kot poporodna otožnost (McIntosh, 1993), zato ženske potrebujejo pomoč zdravstvenih delavcev. Ker pa ni tako očitnega izbruha kot v primeru poporodne psihoze, jo je težje odkriti.

Definicija in incidenca poporodne depresije

Drugi nazivi za poporodno depresijo so: nevrotična depresivna motnja, puerperalna nevroza, poporodna nepsihotečna depresija ali atipična depresija (Eden, 1989).

Specifična definicija poporodne depresije ne obstaja. Glede na to, da so simptomi podobni simptomom splošne depresije, za odkrivanje uporabljajo enake diagnostične kriterije. Zmanjšanemu zanimanju za dogajanje okrog sebe oziroma izgubi volje so pridruženi vsaj štirje somatski znaki depresije, navedeni v klasifikaciji DSM IV (APA, 1994), oziroma trije po ICD 10 (Clement in Elliot, 1999), vsak dan, prek celega dneva, več kot dva tedna (Scott, 1997; Wisner, Parry in Piontek, 2002). Pri 60 % je to za ženske prva epizoda depresije v življenju (Misri, Kostaras, Fox in Kostaras, 2000).

Začetek in trajanje poporodne depresije nista jasno definirana. Raziskovalci so v svojih študijah, v nasprotju z uradnimi klasifikacijami odkrili, da je najpogosteje začetek poporodne depresije med 6. in 12. tednom po porodu (Murray, 1996; Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001; Wisner, Parry in Piontek, 2002). Daltonova (1980) in Welburnova (1980) sta mnenja, da je izbruh lahko celo poznejši, v prvih šestih mesecih po porodu. Wisner in Wheeler (1994) sta v svoji študiji ugotovila, da je najbolj tvegano obdobje za razvoj poporodne depresije prve tri mesece po rojstvu otroka. V nasprotju s tem je McIntosh (1993) ugotovil, da se večina primerov začne v prvih štirih tednih po odpustu iz porodnišnice ter da je izbruh po prvem poporodnem trimesečju redek. Woodova s sodelavci (1997) in Beckova (1995b) sta mnenja, da se poporodna depresija lahko prične kadarkoli v prvem letu po porodu, medtem ko nekateri raziskovalci trdijo, da je izbruh možen že med nosečnostjo (Josefsson, Berg, Nordin in Sydsjo, 2001; Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN, 2002). Nekateri ločijo zgodnjo in pozno poporodno depresijo, glede na čas izbruha. Poporodna depresija, ki se začne v prvem poporodnem mesecu, naj bi bila resnejša in bolj akutna (CRAG, 1996). Opozorilni znak so občutja vznesenosti v pozni nosečnosti (Littlewood in McHugh, 1997) ali v prvih petih dneh po porodu. Takrat 10 % žensk občuti nekakšno evforijo, t.i. »highs«, ki je lahko napovedovalec poporodne depresije (Glover, Liddle, Taylor, Adams in Landler, 1994; Lane, Keville, Morris, Kinsella, Turner in Barry, 1997).

Nekateri strokovnjaki menijo, da poporodna depresija spontano izzveni v približno treh mesecih (Watson, Elliott, Rugg in Brough, 1984; Cox, Holden in Sagovski, 1987), nekateri trdijo, da v šestih (Beck, 1995b; Cooper in Murray, 1998; Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001), oziroma šele v teku enega leta (Noh, 1987; Beck, 1995a). Drugi dokazujejo, da je približno 25 % žensk eno leto po porodu še vedno depresivnih (Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001), če PPD ni zdravljena (Cox, 1986; DeAngelis, 1997). V resnejših primerih je spontana remisija redka (Stowe, Levy in Nemeroff, 1997).

Pfost s sodelavci (1990) je v svoji študiji ocenil, da poporodna depresija traja povprečno dva meseca, medtem ko sta Dietch in Bunney (2002) s svojo študijo dokazala, da je bila polovica žensk v njunem vzorcu šest mesecev po porodu še vedno depresivnih. Možno je, da je poporodna depresija, ki izbruhne pozneje, krajša, saj 76 % žensk, pri katerih se je poporodna depresija pojavila šele po šestem mesecu po porodu, navaja, da je depresija trajala manj kot pet tednov (Cox, Murray in Chapman, 1993). V McIntoshevi študiji (1993) je bilo povprečno trajanje poporodne depresije dva (dve tretjini udeleženk) do sedem tednov.

Incidenca poporodne depresije je podobna incidenci depresije v katerem koli življenjskem obdobju ženske. Trikrat pogostejši pa je začetek depresije v

tednih po porodu (Cox, Murray in Chapman, 1993; CRAG, 1996). Študije predvidevajo 3–28 % incidenca poporodne depresije (Raphael-Leff, 1991; Brockington, 2000). Večina raziskav je potrdila povprečno incidenco 10–15 % (WHO, 1991; Taylor, 1997; Tully, Watson in Abrams, 1998; Bick, 2003). Do razlik v oceni pogostosti poporodne depresije verjetno pride zaradi različnih diagnostičnih kriterijev ter dejstva, da so študije zajele ženske v različnih obdobjih po porodu. Če za diagnostični kriterij vzamemo mnenje žensk ter upoštevamo zgolj samooceno o počutju, znaša incidenca poporodne depresije celo do 57 % (Field, Draper, Keer in Hare, 1982). Če poporodno depresijo delimo na blažjo in resnejšo, študije navajajo incidenco blage oblike poporodne depresije do 19 %, resnejše pa do 13 % (Beck in Gable, 2001). O'Hara in Swain (1996) sta v meta-analizi 59-ih študij ugotovila 13 % povprečno incidenco poporodne depresije.

Prav tako kot je nejasna pogostost poporodne depresije, je nejasna tudi možnost ponovitve poporodne depresije v naslednjih nosečnostih. Ocene nihajo med 25 % (Wisner, Parry in Piontek, 2001; Wisner, Parry in Piontek, 2002) in 50–62 % (Llewellyn, Stowe in Nemeroff, 1997).

Etiologija poporodne depresije

Ni še znano, kaj izzove poporodne duševne motnje. Skozi zgodovino so, v skladu s prepričanji družbe ter obstoječim medicinskim znanjem, okrivili različne vzroke.

Šele pred kratkim so raziskovalci naredili korak naprej in v želji po preprečevanju poporodnih duševnih motenj poskušali definirati dejavnike tveganja, ki sprožijo poporodno depresijo.

Beckova (2002) je v svoji zadnji meta-analizi definirala 13 poglobitnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na razvoj poporodne depresije: zakonski stan, zadovoljstvo v partnerski zvezi, socialna podpora, socialno-ekonomski status, samospoštovanje, antenatalna depresija, antenatalna anksioznost, pretekla depresivna epizoda ali pretekla izkušnja poporodne otožnosti, načrtovanost oziroma zaželjenost nosečnosti, negativni življenjski dogodki, stres v zvezi z nego otroka ter otrokov značaj.

Stan, zadovoljstvo s partnersko zvezo in socialna podpora

Številni avtorji so mnenja, da zakonski stan daje ženski določeno stopnjo varnosti in občutek podpore ter so zato ženske, ki so poročene, manj dovzetne za poporodno depresijo kot samske ali ločene (Welburn, 1980; Ličina, Jensterle, Mlakarin sod., 1987; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer in Cameron in sod., 1995; Wickberg in Hwang, 1997; Bowe in Watson, 2001). Nekateri trdijo, da je drugače, če je zveza med partnerjema

nezadovoljujoča (Leonard, 1998; Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001). V nasprotju s svojimi kolegi pa Cox (1986) ni našel nobene povezave med zakonskim stanom in poporodno depresijo.

Dobro razumevanje med partnerjema je ključnega pomena v kriznih situacijah (Ličina in Radovanović, 1995). Partnerjev vpliv je posreden; vpliva na samospoštovanje. Študije poudarjajo pomen partnerjeve podpore med nosečnostjo, porodom in po porodu (Beck, 1995a; Leonard, 1998; Misri, Kostaras, Fox in Kostaras, 2000; Tammentie, Tarkka, Astedt-Kurki in Paavilainen, 2002). Prihod novega družinskega člana za partnerski odnos pomeni stres, vendar pa resnost krize zavisi od kvalitete odnosov med partnerjema iz časa pred nosečnostjo (Robinson, Olmsted in Garner, 1989).

Pomanjkanje podpore, socialna izolacija (Postnatal and Antenatal Depression Association – PaNDA, 2001; Gutteridge, 2001) ter stres (WHO, 1991), združeni z občutkom, da stvari ne obvladuje, so lahko za žensko sprožilni dejavniki v razvoju poporodne depresije. Vsi ti dejavniki sami zase ne povzročijo poporodne depresije, so pa okoliščine, ki predstavljajo tveganje (Welburn, 1980).

Socialno-ekonomski status

Socialno-ekonomski status se nanaša na človekov položaj v družbi. Je kombinacija socialnih in ekonomskih dejavnikov, kot so prihodek, izobrazba in poklic (Beck, 2002). Kljub temu, da Cox (1986) v svoji študiji ni našel povezave med poporodno depresijo in družbenim položajem, so nekateri vidiki socialno-ekonomskega statusa povezani z razvojem depresije.

Zaposlenost ima dokazano pozitiven vpliv, ki lahko kompenzira slabo socialno podporo (Brown in Bifulco, 1990; Warner, Appleby, Whitton in Faragher, 1996), dviga samospoštovanje (Dietch in Bunney, 2002) ter zmanjšuje revščino, ki po izsledkih študij podvaja možnost za razvoj poporodne depresije (Goldberg in Hillier, 1979; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer in Cameron, 1995; Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein in Howard, 2001). Izjema so ženske, ki ne morejo na porodniški dopust, ki se morajo na delo vrniti pred osmimi tedni po porodu (Leonard, 1998), ki niso zadovoljne s svojo zaposlitvijo in ki jim delovno mesto po koncu porodniškega dopusta ni zagotovljeno. Ti so v večji nevarnosti za razvoj poporodne depresije (Goldberg in Hillier, 1979).

Nekateri avtorji trdijo, da izobrazba vpliva na samospoštovanje ter s tem posredno na razvoj poporodne depresije (Ličina, Jensterle, Mlakar, Čuk in Cerrar, 1987; Spinelli, 1997; Tammentie, Tarkka, Astedt-Kurki in Paavilainen, 2002), medtem ko drugi raziskovalci v svojih študijah niso našli povezave med izobrazbeno ravno in poporodno depresijo (Wisner in Stowe, 1997).

Za ženske lahko tveganje predstavljajo tudi njihove socialne okoliščine. Ženske etničnih manjšin (Onozawa, Kumar, Adams, Dore in Glover, 2003) ter ženske, ki ne govorijo jezika družbe, v kateri živijo (Rubertsson, Waldenstrom in Wickberg, 2003), so dokazano bolj nagnjene k poporodni depresiji. Vendar pa so navedene okoliščine lahko povezane tudi z ostalimi dejavniki tveganja, kot so nizek dohodek, nezaposlenost in stanovanjski problemi, zato je težko ugotoviti, v kolikšni meri na pojav poporodne depresije vpliva posamezni dejavnik.

Samospoštovanje

Samospoštovanje se nanaša na splošne občutke ženske o lastni vrednosti in sprejetosti. Je samozavest in zadovoljstvo s samim sabo (Beck, 2002). Na samospoštovanje lahko vpliva več dejavnikov.

Nizko samospoštovanje in pomanjkanje samozavesti viša tveganje za razvoj poporodne depresije (Leonard, 1998) in obratno, depresija niža samospoštovanje (Ličina in Radovanović, 1995).

Samospoštovanje lahko vpliva na odnos matere do otroka, dojenje in nego otroka. Nekateri raziskovalci so dokazali, da opustitev dojenja lahko povzroči poporodne duševne motnje, s tem da zniža samospoštovanje (Warner, Appleby, Whitton in Faragher, 1996; Tammentie, Tarkka, Astedt-Kurki in Paavilainen, 2002) in obratno, poporodna depresija ima negativen učinek na trajanje dojenja po porodu (Henderson, Evans, Straton, Priest in Hagan, 2003). Dodaten stres za žensko pomenijo pritiski družbe, ki pretirano poudarja pomen dojenja (Leonard, 1998). Wisner in Stowe (1997), v nasprotju z omenjenimi raziskavami, nista našla povezave med dojenjem in poporodno depresijo.

Antenatalna depresija, antenatalna anksioznost, poporodna otožnost in predhodne epizode depresije

Ženske, ki v nosečnosti trpijo za depresijo ali anksioznostjo, so bolj dovzetne za poporodno depresijo (O'Hara, Schlechte, Lewis in Varner, 1991; Ličina in Radovanović, 1995; DeAngelis, 1997). Anksioznost, ki nima oprijemljivega vzroka, je po mnenju nekaterih raziskovalcev, prav tako pomembna kot depresija (Matthey, Barnett, Howie in Kavanagh, 2003), zato se jim bolj kot termin poporodna depresija, zdi smiselna uporaba termina poporodne duševne motnje.

10–12 % žensk je v nosečnosti depresivnih (Evans, Heron, Francomb, Oke in Golding, 2001; Spinelli in Endicott, 2003). Antenatalna depresija napoveduje poporodno depresijo v 5 % (Green in Murray, 1994; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer in Cameron, 1995; Spinelli, 1997) do 33 % primerih (Austin, 2003). Beckova (2002) trdi, da je depresija v nosečnosti eden najmočnejših napovedovalcev poporodne depresije. V tej sku-

pini žensk je poporodna depresija nadaljevanje oziroma stopnjevanje že obstoječih duševnih problemov (Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001), ki pa se jo da v 60 % preprečiti s predporodno psihoterapijo (Spinelli in Endicott, 2003). Nekateri avtorji (Gotlib, Whiffen, Mount, Milne in Cordy, 1989) trdijo, da sta predporodna depresija in poporodna depresija dvoje različnih stanj, kljub temu, da so dejavniki tveganja za razvoj obeh zelo podobni. Dejavniki tveganja za antenatalno depresijo so: družinska oziroma osebna obremenjenost z depresivnimi motnjami, slab odnos s partnerjem (Klein in Essex, 1994), starost, izobrazba ženske, večje število starejših otrok (Gotlib, Whiffen, Mount, Milne in Cordy, 1989; Spinelli, 1997), finančni in stanovanjski problemi (Spinelli in Endicott, 2003) ter nenačrtovana oziroma nezaželjena nosečnost (PaN-Da, 2001).

Ženske s simptomi poporodne otožnosti so bolj izpostavljene razvoju poporodne depresije (Cooper in Murray, 1998; Mauthner, 1997). Glede na to, da je poporodna otožnost hormonsko pogojena in lahko vodi v poporodno depresijo (Cooper in Muray, 1997), bi lahko sklepali, da tudi poporodna depresija nastane pod vplivom hormonov (Buist, 1997). Organska teorija o razvoju poporodne depresije, ki jo je razvila Daltonova (Littlewood in McHugh, 1997; Wisner, Parry in Piontek, 2002) in temelji na tej osnovi, pravi, da je poporodna depresija posledica pomanjkanja progesterona. Drugi avtorji (Wood, Thomas, Droppleman in Meighan, 1997; Cooper in Murray, 1998) oporekajo biokemični osnovi poporodne depresije. Glede na to, da za poporodno depresijo trpijo tudi matere posvojenih otrok, mora biti vzrok tudi drugje (Raphael-Leff, 1991).

Ženske, ki so že prebolele depresijo oziroma poporodno depresijo, so trikrat bolj dovzetne za nastanek duševnih motenj po porodu (Beck, 1995b; Leonard, 1998; Yonkers, Ramin, Rush, Navarette, Carmody, March in sod., 2001; Beck, 2002). Potrebno pa je upoštevati, da sta osebna obremenitev z depresivnimi motnjami ter slab odnos s partnerjem dejavniki tveganja tudi za nastanek splošne depresije v ostalih življenjskih obdobjih posameznika (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen in Opjordsmoen, 2002).

Nenačrtovana in nezaželjena nosečnost

Res je sicer, da v mnogih primerih nezaželjena nosečnost v devetih mesecih, ko prevlada materinski impulz, postane zaželjena (Ličina in Radovanović, 1995). Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na željo za starševstvo so vzgoja, družbene norme in zadovoljstvo v zvezi.

Vseeno pa nenačrtovana nosečnost pomeni za žensko stres, ki lahko v nosečnici sproži ambivalentna ali celo negativna čustva do otroka ter materinstva (Warner, Appleby, Whitton in Faragher, 1996; Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001).

Negativni življenjski dogodki

Mnenja strokovnjakov o negativnih življenjskih dogodkih niso enotna. Nekateri trdijo, da so ženske z večimi negativnimi življenjskimi dogodki manj dovzetne za poporodno depresijo (Jensterle, Ličina, Mlakar, Čuk in Cerar, 1987), drugi pa so mnenja, da se obremenilni učinek negativnih življenjskih situacij (finančnih, zakonskih, zdravstvenih, družinskih) kopiči ter deluje kot sprožilni dejavnik za poporodno depresijo (Humpreys, 1985; Ličina in Radovanović, 1995; Beck, 1995b; Areias, Kumar, Barros in Figueiredo, 1996). O'Hara s sodelavci (1991), je v svoji študiji odkrila, da so negativni življenjski dogodki obremenilni le za ženske, ki so čustveno labilne.

Otrokov značaj in stres v zvezi z nego otroka

Po mnenju nekaterih strokovnjakov je lahko razlog za razvoj poporodne depresije tudi otrok in zahtevna skrb zanj, predvsem v primeru multiple nosečnosti, nedonošenosti, oziroma v primeru, ko otrok potrebuje posebno nego (Leonard, 1998). McIntosh (1993) je v svoji študiji, med ženskami z izkušnjo poporodne depresije, skušal odkriti, katere vzroke za nastanek poporodne depresije krivijo one. Najpogostejši odgovor je bil, da je materinstvo samo, zaradi ciklične, zahtevne nege otroka, odgovornosti ter socialne izolacije najpomembnejši dejavnik.

Depresivne matere pogosto svojega otroka dojemajo kot zelo zahtevnega (Littlewood in McHugh, 1997). Ni jasno, ali je res problematični značaj otroka tisti, ki matere peha v depresivnost ali one same, pod vplivom depresivnosti, svojega otroka dojemajo kot zahtevnega.

Naslednji, v študijah pogosto izpostavljeni možni dejavniki tveganja za poporodno depresijo, so: *družinska obremenitev z duševno obolelostjo* (Leonard, 1998); v družinah z afektivno psihozo ali shizofrenijo je incidenca poporodnih afektivnih motenj za 20–25 % višja (Ličina in Radovanović, 1995), kar bi lahko kazalo na *dejavnik dednosti* (Littlewood in McHugh, 1997; Treloar, Martin, Bucholz, Madden in Heath, 1999; Verinder in Dwight, 2003). Genetsko predispozicijo naj bi sprožil stres obporodnega obdobja (Cox, 1986; Riecher-Rössler in Fallahpour, 2003). Predvsem naj bi bil ta dejavnik tveganja pomemben za razvoj poporodne depresije, ki se začne v prvem poporodnem mesecu (CRAG, 1996).

Povezava poporodne depresije z *endogenimi hormoni*, kot so estrogen, progesteron, kortizol in tiroksin, oziroma s ščitnično disfunkcijo še ni dokazana, jo pa nekateri raziskovalci podpirajo (Wisner, Parry in Piontek, 2002), medtem ko ji drugi nasprotujejo (Stowe in Nemeroff, 1995). Posamezne študije dokazujejo, da je poporodna depresija povezana s predmenstrualnim sindromom – PMS (Leonard, 1998), kar

naj bi dokazovalo, da se ženske z močno izraženim PMS nenormalno odzivajo na reproduktivne hormone (Dietch in Bunney, 2002). Tako dokazujejo hormonski vzrok poporodne depresije. Res je, da poporodni depresiji včasih sledijo manjše epizode depresije pred vsako menstruacijo vse do menopavze (Littlewood in McHugh, 1997), kar bi lahko potrdilo vpliv hormonov na njo (Verinder in Dwight, 2003). Buistova (1997) in Welburnova (1980) dokazom hormonske etiologije poporodne depresije nasprotujeta z dejstvom, da je le-ta prisotna tudi pri materah posvojenih otrok. Nekatere študije vseeno potrjujejo povezavo med poporodno depresijo, ki se razvije šest mesecev po porodu, z nizkimi ravnmi progesterona tik po porodu (Dalton, 1980; Ingram, Greenwood in Woolridge, 2003).

Starost po mnenju nekaterih raziskovalcev ne igra vloge pri razvoju poporodne depresije (Wickberg in Hwang, 1997; Tammentie, Tarkka, Astedt-Kurki in Pavilainen, 2002), medtem ko nekateri menijo, da so matere mlajše od 17 let, bolj dovzetne za razvoj poporodnih duševnih motenj. Incidenca poporodne depresije pri najstniških materah naj bi bila celo 26 % (Troutman in Cutrona, 1990). Zanje je nosečnost dodaten stres, pogosto povezan s pomanjkanjem podpore (Ličina in Radovanović, 1995; Chen, 1996). Prav tako naj bi bile bolj nagnjene k tveganju ženske nad 35 letom starosti. Le-te so v nosečnosti pogosto anksiozne in imajo več zdravstvenih težav, po porodu pa so pogosto pretirano zaskrbljene za otroka (cit. po Ličina in Radovanović, 1995).

Dejavnik tveganja za razvoj poporodne depresije so lahko tudi *zdravstveni problemi v nosečnosti ter obporodni zapleti*. Strokovnjaki so mnenja, da se psihološki problemi odražajo na fizičnem zdravju, torej anksioznost in depresija v nosečnosti lahko povzročita zaplete v obporodnem obdobju (Pajntar, 1982; Ličina in Radovanović, 1995; Josefsson, Angelsiöö, Berg in sod., 2002). Prav tako je možna nasprotna povezava; zapleti v nosečnosti in obporodni zapleti lahko povzročijo poporodne duševne motnje (Kendell, Chalmers in Platz, 1987; Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay in Mnisiniet, 2002; Verinder in Dwight, 2003). Littlewood in McHugh (1997) trdita, da travmatska porodna izkušnja (ko ženska izgubi kontrolo nad dogajanjem) lahko vodi v post-travmatski distress, ki se nadaljuje v poporodno depresijo. Dokazi o vplivu obporodnih komplikacij na razvoj poporodne depresije so si nasprotujoči. Nekateri strokovnjaki trdijo, da so lahko dejavnik tveganja le pri psihološko občutljivih ženskah (Cooper in Murray, 1997; Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates in Harris, 2001), medtem ko drugi niso našli povezave med obporodnimi zapleti in poporodno depresijo (Cox, 1986; Warner, Appleby, Whitton in Faragher, 1996; Epperson, 1999).

Poporodna depresija naj bi bila pogostejša med *prvorodkami* (Beck, Reynolds in Rutowski, 1992; Leathers, Kelley in Richman, 1997; Verinder in Dwight, 2003), saj naj bi kar 50 % prvorodk doživljalo nekakšno obliko poporodnega duševnega distresa (Bowe in Watson, 2001). Možno je, da je poporodna depresija povezana s pomanjkanjem izkušenj in nerealističnimi pričakovanji glede materinstva (Leonard, 1998) in je zato pogostejša pri prvorodkah. Cox (1986), Wickberg in Hwang (1997) ter Tammentie in sod. (2002) niso našli nobene povezave med rodnostjo in poporodno depresijo.

Po nekaterih študijah so za poporodno depresijo bolj dovzetne ženske, ki dalj časa niso mogle spočeti; stalna zaskrbljenost v tem primeru lahko preraste v anksioznost in pozneje v depresijo (Dietch in Bunney, 2002). Drugi avtorji trdijo, da poporodna depresija in zdravljenje *neplodnosti* nista povezana (Clement in Elliot, 1999).

Dejavnik tveganja je lahko tudi *večje število otrok* (Goldberg in Hillier, 1979; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos in Figueiredo, 1996; Spinelli, 1997), saj so starejši otroci dodatno breme in stres za mater (Warner, Appleby, Whitton in Faragher, 1996).

Sprožilec poporodne depresije je lahko tudi *izguba otroka*. Ženske, ki so izkusile splav oziroma rodile mrtvorojenega otroka, so trikrat bolj v nevarnosti za razvoj poporodne depresije (Leonard, 1998). Pomembno vlogo igra gestacijska starost otroka; s trajanjem nosečnosti raste tudi povezanost med nosečnico in otrokom. Potrebno pa je razlikovati med normalnim žalovanjem ob izgubi in simptomi poporodne depresije (Llewellyn, Stowe in Nemeroff, 1997; Stowe, Levy in Nemeroff, 1997). Kot izgubo lahko ženska dojema tudi izgubo ideala, v primeru da je otrok mentalno ali fizično prizadet. Stres, ki lahko sproži poporodno depresijo, je tudi posvojitve oziroma skrbništvo (Humpreys, 1985; Littlewood in McHugh, 1997). V teh primerih je potrebno ženski svetovati, naj z naslednjo nosečnostjo počaka 12 mesecev, da preboli izgubo ter dogodka predela v procesu žalovanja (Hughes, Turton in Evans, 1999).

Značajske lastnosti ženske, kot so nezadovoljstvo z videzom ali z žensko vlogo (Pitt, 1968), nagnjenost k depresivnosti ali nevrotičnosti (Kendell, Machenzice in West, 1984), tudi lahko predstavljajo dejavnik tveganja za poporodno depresijo. Ženske, ki so imele nesrečno otroštvo, pri katerih je bil eden od staršev alkoholik, ki so bile spolno zlorabljene ali so izgubile mater pred 11 letom starosti (Ličina in Radovanović, 1995) oziroma imajo s starši slab odnos (Goldberg in Hillier, 1979), so v večji nevarnosti za razvoj poporodne depresije. Prav tako tudi ženske, ki so sramežljive, nagnjene k nervozi in pretirani skrbi (Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates in Harris, 2001), oziroma perfekcionistične (DeAngelis, 1997). Psihična la-

bilnost bi bila lahko vzrok tudi pogostejši poporodni depresiji med anoreksičnimi (Goldman in Koren, 2003) in čezmerno težkimi (Carter, Baker in Brownell, 2000) ženskami.

Študije poudarjajo, da tradicionalno vzgojene ženske lažje prevzamejo vlogo materinstva, kot pa tiste v enakopravnih razmerjih, z močnejšo avtonomijo in identiteto (Robinson, Olmsted in Garner, 1989).

Način, kako se spopadamo s stresnimi situacijami, vpliva na odnos ženske do lastne nosečnosti ter tako igra pomembno vlogo pri nastanku poporodne depresije (Demyttenaere, Lenaerts, Nijs in Van Assche, 1995). Tiste ženske, ki imajo zunanji lokus kontrole, verjamejo v usodo in so ponavadi mnenja, da stvari ne morejo spreminjati, so pogosteje nagnjene k depresiji kot ženske, ki so aktivne in sprejemajo odgovornost za svoje življenje, kar je značilno za tiste z znotraj osrediščeno kontrolo (Uggariza, 1989; Ditch in Bunney, 2002).

Feministično stališče o nastanku poporodne depresije trdi, da je le-ta konstrukt družbe. Materinstvo je v družbi nerealno predstavljeno in pri ženskah ustvarja iluzijo, da bodo, ko bodo enkrat matere, sprejete v svet odraslosti ter spoštovane zaradi svoje ženskosti. V realnem svetu, materinstvo ni spoštovano delo, družba ga ne ceni, obenem pa materam postavlja visoke norme (Littlewood in McHugh, 1997). Za ženske je stresno, da ne dosegaajo teh pričakovanj, ki materinstvo predstavljajo kot srečno in izpolnjujoče obdobje. Največkrat zato materinstvo dojemajo kot izgubo obstoječega življenjskega sloga in so nad matereinstvom razočarane (Thurtle, 1995).

Simptomi poporodne depresije

Simptomi poporodne depresije po DSM IV (APA, 1994) so: izguba teka in telesne teže, motnje spanja in psihomotoričnih aktivnosti, pomanjkanje energije, občutek krivde, oteženo razmišljanje in koncentracija ter samomorilne misli ali poskusi samomora.

Simptomi se ne razlikujejo od simptomov splošne depresije (APA, 1994; Stowe in Nemeroff, 1995). Le redke so študije, ki opisujejo simptome, značilne le za poporodno depresijo (Bozoky in Corwin, 2002). O'Hara s sodelavci (1990) je v svoji študiji zasledila, da je v primeru poporodne depresije, za razliko od depresij v drugih življenjskih obdobjih, pogostejša socialna disfunkcija in težave v partnerskih odnosih. Halucinacije in blodnje so redke. Čeprav matere večkrat zavračajo otroka (CRAG, 1996) ter izražajo jezo in sovražnost (Welburn, 1980), sta samomor ali detomor redka (Cox, 1986; Aiken, 2000). Otrok žensko motiva za življenje.

Raziskovalci so s svojimi študijami in opažanji seznamu simptomov dodali še: potrtnost, še posebno v jutranjem času, izguba volje, anksioznost, razdražljivost, emocionalna labilnost (Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001), dvom v svoje materinske sposobnosti

ter pretirana skrb za otroka (Ličina in Radovanović, 1995), jokavost, obsesije (Littlewood in McHugh, 1997) ter zanemarjanje sebe (Raphael-Leff, 1991).

Somatski simptomi vključujejo hiperventilacijo, bolečine v prsih, palpitacije, glavobol (Brockington, 2000), slabost, vrtoglavico (PaNDa, 2001) ter napade tesnobe (Welburn, 1980). Utrujenost ponavadi velja za posledico privajanja na zahtevno vlogo materinstva, vendar lahko napoveduje razvoj poporodne depresije (Bozoky in Corwin, 2002).

Nekateri simptomi poporodne depresije, kot so izguba telesne teže, motnje menstruacijskega ciklusa, spremembe teka in nizek libido, so lahko normalne spremembe, značilne za poporodno obdobje. Prav tako tudi motnje spanja, ki pa so v primeru poporodne depresije specifične – ponavadi se ženska prebudi v zgodnjih jutranjih urah, kljub temu, da je otrok miren, in ne more zaspati nazaj (Yonkers, Ramin, Rush in sod., 2001).

Pogosto se dogaja, da matere v primeru poporodne depresije tožijo le o somatskih simptomih oziroma se trudijo svoje težave prikriti (Buist, 1997), kar oteži odkrivanje.

Vpliv materine poporodne depresije na otroka in družino

Poporodna depresija izbruhne v času, ko se vzpostavljajo temelji odnosa mati-otrok. Vpliva na materino percepcijo lastne zmožnosti za starševstvo ter lahko posredno vpliva na otrokov razvoj (Cooper in Murray, 1997), saj njegove potrebe po ljubezni navadno niso zadovoljene (Beck, 1998), okrnjena pa je tudi njuna medsebojna komunikacija (Cooper in Murray, 1998). Matere, ki trpijo za poporodno depresijo, naj bi bile manj dovzetne za otroka in njegove potrebe (Beck, 1998). Vsekakor pa na vez mati-otrok vpliva čas izbruha poporodne depresije ter kvaliteta njunega odnosa pred tem (Raphael-Leff, 1991).

Otroci depresivnih mater so bolj pasivni ali razdražljivi, imajo nižji tonus mišičja in večkrat jokajo kot njihovi vrstniki. Obrazna mimika je slabše razvita, pogosto imajo težave s hranjenjem in spanjem (Field, 1995). V želji, da bi vzpostavili vez z materjo, lahko posnemajo njeno vedenje, kar se odraža kot mikrodepresija (Agnew, 1999).

Pozneje v življenju imajo ti otroci lahko težave z izražanjem čustev ter motnje v kognitivnem razvoju (Cooper in Murray, 1998), saj materina poporodna depresija vpliva na otrokov psihološki razvoj in posledično na njegovo vedenje (Field, 1995). Mati lahko lastna občutja krivde in nezadostnosti nezavedno projicira na otroka, kar se pri otroku kasneje izraža v problemih navezovanja socialnih stikov, nesamostojnosti ter težavah pri socializaciji (cit. po Ličina in Radovanović, 1995). Otroci teh mater so tudi sami nagnjeni k depresiji, poporodni depresiji oziroma ostalim duševnim motnjam (DeAngelis, 1997).

Ironično je, da je družina, socialni konstrukt, ki je nastal ravno z nalogo nadaljevanja vrste, najbolj na udaru ravno v času rojstva novega člana (Welburn, 1980). V primeru, da se pri ženski po porodu razvije poporodna depresija, trpi njen odnos s partnerjem.

Tudi moški zlahka postanejo po porodu depresivni (Lovestone in Kumar, 1993), saj se njihova vloga nenadoma spremeni in je od njih zahtevana večja odgovornost (Welburn, 1980). Delež po porodu depresivnih partnerjev naj bi bil od 3 % (PaNDa, 2001) pa vse do 42 % (Harvey in McGrath, 1988). Dejavniki tveganja za poporodno depresijo pri moških so depresija v preteklosti ter partnerkina depresija in s tem posledično pomanjkanje podpore (Areias, Kumar, Barros in Figueiredo, 1996, Leonard, 1998; Aiken, 2000). Bolj izpostavljeni so starejši, tisti, ki so postali očetje prvič, ki imajo slabšo socialno mrežo podpore, nižjo izobrazbo, več negativnih življenjskih izkušenj ter nezadovoljujoč odnos s partnerko (PaNDa, 2001). Preprečevanje poporodne depresije pri moških ima pozitiven učinek tudi na njihove partnerke ter otroke.

Sklep

Poporodna depresija ni nič pogostejša kot depresija v ostalih življenjskih obdobjih ženske. Specifični dejavniki tveganja niso opredeljeni in vzrok ni znan. Za simptome bi prav lahko trdili, da so zgolj normalne spremembe puerperija. Lahko bi torej sklepali, da poporodna depresija sploh ne obstaja.

Zgodbe žensk kažejo drugače (Aiken, 2000). In glede na to, da njihovo trpljenje pusti posledica tako njim, kot tudi njihovim otrokom, je čas, da zdravstveni delavci več pozornosti usmerimo tudi na področje poporodnega duševnega zdravja.

Literatura

- Afonso DD, De AK, Horowitz JA in Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of psychosomatic research*, 2000; 49(3): 207–16.
- Agnew T. Mother's ruin: mothers with severe mental health problems. *Nursing times*, 1999; 95(44): 16.
- Aiken C. Post-natal depression: at home no one hears you scream. London: Jessica Kingsley publishers Ltd, 2000.
- Albers L, Williams D. Lessons for US postpartum care. *The Lancet*, 2002; 359(2): 370–1.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IVth ed. Washington: APA, 1994.
- Areias MEG, Kumar R, Barros H in Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *The British journal of psychiatry* 1996; 169(1): 36–41.
- Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E in Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological medicine* 1996; 26(1): 135–41.
- Austin MP. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy: key aspects of antenatal care for general practice. *Australian family physician* 2003; 32(3): 119–26.
- Beck CT. Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postnatal depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing*, 1995/a; 24(9): 819–25.
- Beck CT. Screening methods for postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing*, 1995/b; 24(4): 308–12.
- Beck CT. A check list to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing*, 1998; 27(1): 39–45.
- Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory: principles and practice. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 2002; 31(4): 394–402.
- Beck CT, Gable RK. Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing research* 2001; 50(3): 155–64.
- Beck CT, Reynolds MA, Rutowsky P. Maternity blues and postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecologic and neonatal nursing* 1992; 21(4): 287–93.
- Bick D. Strategies to reduce postnatal psychological morbidity: the role of midwifery services. *Disease management and health outcomes* 2003; 11(1): 11–20.
- Boath E, Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of reproductive and infant psychology* 2001; 19(3): 215–48.
- Bowe S, Watson A. Perinatal depression: a randomised controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Obstetrical and gynaecological survey* 2001; 56(10): 597–9.
- Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 2002; 31(4): 436–43.
- Brochington JF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F. Stress and puerperal psychosis. *British journal of psychiatry* 1990; 157: 331–4.
- Brockington J. Postnatal illness: the professional view. V: Aiken C. Postnatal depression – at home no one hears you scream. London: Jessica Kingsley publishers Ltd, 2000.
- Brown GW, Bifulco A. Motherhood employment and the development of depression: a replication of a finding. *British journal of psychiatry* 1990; 156: 169–79.
- Buist A. Postpartum psychiatric disorders – guidelines for management. *CNS drugs* 1997; 8(2): 113–23.
- Carter AS, Baker CW, Brownell KD. Body mass index, eating attitudes and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosomatic medicine* 2000; 62(2): 264–70.
- Chen CH. Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *Kaohsiung journal of medical sciences* 1996; 12(2): 104–13.
- Clarke-Akalanue E, Myles P. Supporting new mothers with postnatal depression: an evaluation. *Journal of community nursing* 2002; 16(12): 18–20.
- Clement S, Elliott S. Psychological health before, during and after childbirth. V: Marsh G, Renfrew M. Community based maternity care. Oxford: Oxford university press, 1999.
- Cooper PJ, Murray L. Annotation – prediction, detection and treatment of postnatal depression. *Archives of disease in childhood* 1997; 77(2): 97–9.
- Cooper PJ, Murray L. Clinical review – fortnightly review: postnatal depression. *British medical journal* 1998; 316(7148): 1884–6.
- Cox JL. Postnatal depression – a guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item EPDS. *British journal of psychiatry*, 1987; 150: 782–6.
- Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British journal of psychiatry* 1993; 163: 27–31.
- Crag working group on maternity services (1996). Report on detection and early intervention in postnatal depression; URL www.show.scot.nhs.uk/crag
- Dalton K. Depression after childbirth. Oxford: Open University Press, 1980.
- Dalton K, Herxheimer A. Treatment of postnatal depression. Additional information would enhance value of the study. *British medical journal* 1997; 315(7100): 122.
- Dean C, Kendall RE. The symptomatology of puerperal illness. *British journal of psychiatry* 1981; 139(2): 128–33.

36. DeAngelis T. There's a new hope for women with postpartum blues. *American psychological association monitor* 1997; 1: 22.
37. Demyttenaere K, Lenaerts H, Nijs P, Van Assche FA. Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1995; 91(2): 95–102.
38. Dietch KV, Bunney B. The silent disease: diagnosing and treating depression in women. *Lifeliness* 2002; 6(2): 140–5.
39. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2002; 106(6): 426–33.
40. Eden C. Midwives knowledge and management of postnatal depression. *Australian journal of advanced nursing* 1989; 7(1): 35–42.
41. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *American family physicians* 1999; 9(8): 2247–54.
42. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British medical journal* 2001; 323(7307): 257–60.
43. Field S, Draper J, Keer M, Hare M. A consumer view of the health visiting service. *Health visitor* 1982; 55: 299–301.
44. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant behaviour and development* 1995; 18(1): 1–13.
45. Glover V, Liddle P, Taylor A, Adams D, Landler M. Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first post-partum week: association with later depression. *British journal of psychiatry* 1994; 164(4): 517–21.
46. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological medicine* 1979; 9(1): 139–45.
47. Goldman RD, Koren G. Anorexia nervosa during pregnancy. *Canadian family physician* 2003; 49: 425–6.
48. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of consulting and clinical psychology* 1989; 57(2): 269–74.
49. Green JM, Murray D. The use of EPDS in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. V: Cox J, Holden J. *Perinatal psychiatry – use and misuse of the EPDS*. London: Royal College of psychiatrists, 1994.
50. Gutteridge K. The Tamworth postnatal depression support group. *Midwifery digest* 2001; 11(1): Suppl. 1, 17–9.
51. Harvey I, McGrath G. Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *British journal of psychiatry* 1988; 152: 506–10.
52. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, Rout J, Wardman L. Postnatal depression in the community. *British journal of general practice* 1998; 48(428): 1064–6.
53. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30(3): 175–80.
54. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of consulting and clinical psychology* 1995; 63(3): 445–53.
55. Huang Y, Mathers N. Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in United Kingdom and Taiwan. *Journal of advanced nursing* 2001; 33(3): 279–87.
56. Hughes PM, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as a risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy. *British medical journal* 1999; 318(7200): 1721–4.
57. Humpreys D. Counselling for midwives, health visitors and nurses. *Midwives chronicle* 1985; 98(1165): 42–4.
58. Ingram JC, Greenwood RJ, Woolridge MW. Hormonal predictors of postnatal depression at six month in breast-feeding women. *Journal of reproductive and infant psychology* 2003; 21(1): 61.
59. Jensterle J, Ličina M, Mlakar J. Depresivnost v poporodnem obdobju. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 247–8.
60. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2001; 35(1): 69–74.
61. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and gynaecology* 2002; 99(2): 223–8.
62. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstetrica et gynaecologica Scandinavica* 2001; 80(3): 251–5.
63. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *British journal of psychiatry* 1987; 150: 662–73.
64. Kendell RE, Machenzice W, West C. Day to day mood changes after childbirth: further data. *British journal of psychiatry* 1984; 145: 620–5.
65. Klein MH, Essex MJ. Pregnant or depressed? The effect of overlap between syndromes of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression* 1994; 2: 1994.
66. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *British journal of psychiatry* 1997; 171(12): 550–5.
67. Leathers SJ, Kelley MA, Richman JA. Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work and support. *The journal of nervous and mental disease* 1997; 185(3): 129–39.
68. Leonard LG. Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 1998; 27(3): 329–37.
69. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of clinical psychiatry* 1997; 58(S15): 26–32.
70. Ličina M, Jensterle J, Mlakar J, Čuk M, Cerar V. Incidenca poporodne depresivnosti v povezavi s psihosocialnimi dejavniki. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 369–72.
71. Ličina M, Radovanovič M. Poporodne duševne motnje s poudarkom na poporodni depresivni simptomatiki. *Med Razgl* 1995; 34: 245–63.
72. Littlewood J, McHugh N. *Maternal distress and postnatal depression: the myth of Madonna*. Houndsmills: MacMillan, 1997.
73. LoCicero AK, Weiss DM, Issokson D. Postpartum depression: a proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied and preventive psychology* 1997; 6(4): 169–78.
74. Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *British journal of psychiatry* 1993; 163: 210–6.
75. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety. *Journal of affective disorders* 2003; 74(2): 139–47.
76. Mauthner NS. Feeling low and feeling really bad about feeling low: women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian psychology* 1999; 40(2): 143–61.
77. McIntosh J. Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of advanced nursing* 1993; 18(2): 178–84.
78. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian journal of psychiatry* 2000; 45(6): 554–8.
79. Murray D. Oestrogen and postnatal depression. *The lancet* 1996; 347(9006): 918–9.
80. Noh P. Postpartum depression: extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *British journal of psychiatry* 1987; 151: 523–7.
81. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *Journal of abnormal psychology* 1991; 100(1): 63–73.
82. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *International review of psychiatry* 1996; 8(1): 37–54.
83. O'Hara MW, Zekoski EM, Phillips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. *Journal of Abnormal psychology* 1990; 99(1): 3–15.

84. Okano T, Nagata S, Hasegawa M, Nomura J, Kumar J. Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: a comparison of two groups of Japanese mothers. *Journal of mental health* 1998; 7(2): 191–8.
85. Onozawa K, Kumar RC, Adams D, Dore C, Glover V. High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Archives of women's mental health* 2003; 6(S2): 51–5.
86. Pajntar M. Psyhosomatske komplikacije nosečnosti in porod. *Zdrav Vestn* 1982; 51: 187–90.
87. Pajntar M. Poporodne depresije. V: Pajntar M, Novak Antolič Ž. Nosečnost in vodenje porod. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994.
88. Paykel ES. Classification of postpartum disorders in ICD 10 and DSM IV. *The Marce society newsletter* 2000; 9.
89. Pfof KS, Stevens MJ, Matejcek AJ. A counsellor's primer on postpartum depression. *Journal of counselling and development* 1990; 69(2): 148–51.
90. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *British journal of psychiatry* 1968; 114(516): 1325–35.
91. Pitt B. Maternity blues. *British journal of psychiatry* 1973; 122(569): 431–3.
92. Postnatal and Antenatal Depression Association (PaNDa). Information package. Melbourne: PaNDa, 2001.
93. Raphael-Leff J. Postnatal psychological complications. V: Psychological processes of childbearing. London: Chapman & Hall, 1991.
94. Riecher-Rössler A, Fallahpour MH. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta psychiatrica Scandinavica* 2003; 108(S418): 51–6.
95. Robinson GE, Olmsted MP, Garner DM. Predictors of postpartum depression. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1989; 80(6): 561–5.
96. Rubertsson C, Waldenstrom U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of reproductive and infant psychology* 2003; 21(2): 113–23.
97. Sand Sobey W. Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy analysis. *Journal of midwifery and women's health* 2002; 47(5): 331–6.
98. Scott AIF. Treatment of postnatal depression. *British medical journal* 1997; 315(7100): 122.
99. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline 60. Edinburgh: SIGN, 2002.
100. Simkin P. The experience of maternity in a woman's life. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 1996; 25(3): 247–52.
101. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *American journal of psychiatry* 1997; 154(7): 1028–30.
102. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education programme for depressed pregnant women. *American journal of psychiatry* 2003; 160(3): 555–62.
103. Stewart C, Henshaw C. Midwives and perinatal health. *British journal of midwifery* 2002; 10(2): 117–21.
104. Stowe ZN, Levy ST, Nemeroff CB. Comorbid postpartum depression and bereavement: a complicated case. *The American journal of psychiatry* 1997; 154 (3): 418–22.
105. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum onset major depression. *American journal of obstetrics and gynaecology* 1995; 173(2): 639–45.
106. Stuchbery M, Matthey S, Barnett B. Postnatal depression and social support in Vietnamese, Arabic and anglo-celtic mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1998; 33(10): 483–90.
107. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International journal of nursing practice* 2002; 8(5): 240–6.
108. Taylor A. Out of the blues. *Nursing times* 1997; 93(45): 18.
109. Thurtle V. Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. *Journal of advanced nursing* 1995; 22(3): 416–24.
110. Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, Madden PAF, Heath AC. Genetic influences on postnatal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychological medicine* 1999; 29(3): 645–54.
111. Troutman B, Cutrona C. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of abnormal psychology* 1990; 99(1): 69–78.
112. Tully C, Watson C, Abrams A. Postnatal depression: training health visitors to use the EPDS. *Community practitioner* 1998; 71(6): 213–5.
113. Ugarriza DN. Predictors of postpartum depression. Doktorska disertacija. Cleveland: Case western reserve University, 1989.
114. Verdoux H, Sutter AI, Glatigny-Dallay E, Mnisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptomatology: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2002; 106(3): 212–9.
115. Verinder S, Dwight M. Sleep loss and the psychosis: review. *Bipolar disorders* 2003; 5(2): 98–105.
116. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British journal of psychiatry* 1996; 168(5): 607–11.
117. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British journal of psychiatry* 1984; 144(5): 453–62.
118. Welburn V. Postnatal depression. Manchester University press: Trowbridge and Esher, 1980.
119. Whiffen V, Gotlib IH. Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history and psychosocial functioning. *Journal of consulting and clinical psychology* 1993; 61(3): 485–94.
120. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1997; 95(1): 62–6.
121. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice – postpartum depression. *The New England journal of medicine* 2002; 347(3): 194–9.
122. Wisner KL, Stowe ZN. Psychobiology of postpartum mood disorders. *Seminar of reproductive endocrinology* 1997; 15: 77–89.
123. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hospital and community psychiatry* 1994; 45(12): 1191–6.
124. Wood AF, Thomas SP, Droppleman PG, Meighan M. The downward spiral of postpartum depression. *Maternity child nursing* 1997; 22(6): 308–16.
125. World health organization (WHO). Evaluation of methods for the treatment of mental disorders – raport of WHO scientific group on the treatment of psychiatric disorders. Geneva: WHO, 1991.
126. World health organization (WHI). International Classification of diseases – ICD 10. Geneva: WHO library cataloguing in publication data, 1992.
127. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Hartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *American journal of psychiatry* 2001; 158(11): 1856–63.
128. Zlotnick C, Johnson SL, Miller W, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal therapy oriented group intervention. *American journal of psychiatry* 2001; 158(4): 638–40.