

POPORODNE DUŠEVNE MOTNJE

Milan Ličina¹

POVZETEK

V prispevku podajam pregled problematike poporodnih duševnih motenj s poudarkom na poporodnih depresijah. Po MKB 10 poporodne motnje niso posebej klasificirane, ampak so glede na značilnosti uvrščene med ostale motnje, ne glede na generativne dogodke. Pri specifični obravnavi poporodnih motenj pa je koristno imeti posebne klasifikacije, ki jih avtor povzema po različnih virih. Prikaže tudi kompleksnost vprašanja incidence, ki je glede na stopnjo motnje lahko zelo različna; visoka pri blago izraženih motnjah in zelo nizka pri hudih oblikah poporodnih psihoz ali depresij. Osrednje vprašanje so dejavniki, ki vplivajo na nastanek poporodnih motenj. Poleg genetskih, ginekoloških in perinatalnih dejavnikov so še posebej obdelani osebnostni in socialni dejavniki, ki imajo prav pri poporodnih motnjah pogosto pomembno vlogo. Avtor, ki že desetletja spremlja to problematiko, obogati prikaz z rezultati lastnih raziskav in s svojimi kliničnimi izkušnjami. Še posebno prihajajo te izkušnje do izraza v praktičnih napotkih za odkrivanje motenj in izbiro ustreznega zdravila za njihovo zdravljenje.

1 POPORODNE DUŠEVNE MOTNJE

Porod je eden izmed pomembnejših dogodkov v življenju ženske. Po De Barreyju (1) je to »preizkusni kamen njenega duševnega in telesnega zdravja«. Srečanje s porodnico, ki je po porodu duševno zbolela, zbuja pri zdravstvenem delavcu poseben odnos in skrb. Pogosto je mati po porodu telesno prizadeta in potrebuje počitek in poporodno nego. Težko skrbi za novorojenčka, starega nekaj dni ali nekaj tednov. Ogrožena je zaradi hudih psihopatoloških doživetij. (2)

1.1 Zgodovina spoznavanja poporodnih duševnih motenj

Hipokrat je v 4. stoletju pr. n. š. opisal žensko, ki je po rojstvu dvojčkov postala nemima, pozneje delirantna, 17. dan po porodu pa je umrla.

Antični zdravniki tem motnjam niso pripisovali mističnega pomena, ampak so imeli zanje biološke razlage, češ da so čišča in mleko zašli v materino glavo. Mnenje antičnih zdravnikov je več stoletij veljalo za »resnico brez ugovora«.

Aristotel je menil, da mora nosečnica skrbeti za svoje telo. Ne sme biti zaskrbljena, saj bo bodoči otrok veliko prevzel od noseče matere, kot bilka iz zemlje, v kateri ima korenine. (2)

¹ Doc. dr. Milan Ličina, dr. med., Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje.

V 19. stoletju so bili pri proučevanju poporodnih duševnih motenj vodilni francoski psihiatri. Esquirol je 1845. leta prvi sistematično opisal poporodne duševne motnje. Marce je 1858. opisal poporodno manijo in melanholijo stanja konfuznosti po porodu ter duševne motnje v obdobju laktacije. Kot posebno enoto je opisal poporodno duševno bolezen. Magnan (1877) in Toulouse (1893) sta ugotavljala pomen dednih dejavnikov pri poporodnih duševnih motnjah (1, 2, 3).

Pozneje je primat v proučevanju poporodnih duševnih motenj prevzela nemška psihiatrija. E. Kraepelin je leta 1921 sistematično opisal poporodne in laktacijske psihoze. Proučeval je pogostost in etiološke dejavnike ter vplive stresnih dejavnikov po porodu. Grauder (1932) je poporodne duševne motnje povezoval z endokrinološkimi spremembami pri materi. Conrad (4) jih je uvrščal med simptomatske duševne motnje. Navedel je številne primere, ko se je poporodna duševna motnja pojavila po somatskih zapletih. Romer (1936) je menil, da gre pri poporodnih duševnih motnjah pogosto »za provokacijo endogene predispozicije«.

V zadnjem desetletju je naraslo število strokovnih publikacij s tega področja (5, 6).

1.2 Klasifikacija in diagnostična opredelitev poporodnih duševnih motenj

Poporodne duševne motnje so dolgo obravnavali kot posebne nozološke enote. Opisovali so »poporodno duševno bolezen« in »laktacijsko duševno bolezen«. Strokovno zanimanje je bilo usmerjeno predvsem k psihotičnim motnjam po porodu.

Poporodne psihoze kot posebna nozološka enota so bile iz 9. izdaje Mednarodne klasifikacije bolezni (SZO 1978) umaknjene predvsem zaradi prepričanja, da se psihoze, ki nastajajo po otrokovem rojstvu, ne morejo razlikovati od psihoz, ki nastajajo v drugih življenjskih obdobjih (7, 8).

Številni avtorji so opozarjali na praznino, ki je nastopila po izločitvi poporodnih psihoz iz 9. mednarodne klasifikacije bolezni. Navajali so specifične vzroke in mehanizme nastanka poporodnih duševnih motenj ter specifično preventivo in obravnavo (5, 9).

Bronchington in sod. so predlagali naslednjo razdelitev poporodnih duševnih motenj:

- puerperalna psihoza/manija, shizofrenija ali shizoafektivna psihoza, ki se začne takoj po rojstvu otroka;
- prenatalna depresija oz. depresija, ki se začne v nosečnosti;
- postnatalna depresija oz. depresija, ki se začne po porodu.

V 10. izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni (10) preberemo:

F 53 Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem (puerperijem), ki niso uvrščene drugje.

F 53.0 Blage duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem, ki niso uvrščene drugje.

Depresija: postnatalna brez dodatne opredelitve (BDO), postpartalna BDO.

F 53.1 Hujše duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem, ki niso uvrščene drugje.

Poporodna psihoza BDO.

F 53.8 Druge duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem, ki niso uvrščene drugje.

F 53.9 Poporodna duševna motnja, neopredeljena.

1.3 Pogostost pojavljanja poporodnih duševnih motenj

Pri poporodnih duševnih motnjah (PP) se pojavljajo razlike pri navedbah o pogostosti teh motenj v povezavi z razlikami v pojmovanju. Še najbolj se ujemajo podatki o pogostosti poporodnih in laktacijskih psihoz glede na:

- število porodov in
- število sprejemov žensk s poporodnimi psihozami v psihiatrične ustanove (8, 11).

Ugotovljeno je, da se poporodna psihoza pojavi pri eni od 1000 porodnic, in to ne glede na kulturološke ali demografske razlike. Med bolnicami, sprejetimi v psihiatrične ustanove, je 2 do 5 % bolnic s poporodnimi psihozami.

Kraepelin (cit. po Jaspersu) (4, 7) navaja leta 1919 med vsemi sprejetimi bolnicami 11,7 % žensk s poporodnimi psihozami (6,9 % bolnic s poporodno in 4,8 % bolnic z laktacijsko psihozo), Vitorović (12) pa navaja letno med vsemi sprejetimi bolnicami v Psihiatrično kliniko Ljubljana, od 2 do 3 % bolnic s poporodno psihozo.

Znani so podatki za Psihiatrično kliniko Ljubljana Polje (13): leta 1950 je bilo med sprejetimi bolnicami 1,8 % bolnic s poporodnimi psihozami (oz. 2,6 % med bolnicami v generativnem obdobju), leta 1970 1,2 % med vsemi bolnicami (oz. 1,9 % med bolnicami v generativnem obdobju) in leta 1990 0,6 % med vsemi bolnicami (oz. 1,1 % med bolnicami v generativnem obdobju).

Pomanjkljivo je, da nimamo podatkov za ves slovenski prostor. Znižanje odstotka sprejetih bolnic s PP si razlagamo z izboljšanjem zunajbolnišnične oskrbe na tem področju.

Na podatek, da se je število rojstev v Republiki Sloveniji v zadnjih 25 letih praktično prepolovilo, verjetno vplivajo številni dejavniki.

1.3.1 Pogostost pojavljanja poporodne depresivnosti

V številnih raziskavah s tega področja so ugotavljali, da se depresivnost v poporodnem obdobju pojavi pri 3 do 33 % porodnic. Tako veliko razlike so posledica različnih metodoloških in diagnostičnih pristopov.

Ličina in sod. (1987) (14) so ugotovili blažjo obliko depresivnosti pri 21 % porodnic, srednjo obliko pri 9 % in hujšo obliko pri 2,5 % porodnic. Uporabili so Beckovo samoocenjevalno lestvico depresivnosti (BDI). Raziskava je potekala na Ginekološki kliniki Ljubljana.

P. Koprivnik in A. Plemenitaš (2005) (15) sta depresivnost v poporodnem obdobju ugotovila pri 21,3 % porodnic, pri 10,1 % porodnic celo hujšo obliko depresivnosti. Uporabila sta Edinburški vprašalnik za poporodno depresivnost (EPDS), ki ga na tem

področju najpogosteje uporabljajo. Raziskava je prav tako potekala na Ginekološki kliniki Ljubljana.

1.4 Biološki dejavniki, ki vplivajo na nastanek poporodnih duševnih motenj

Starost matere ob rojstvu otroka ima poleg biološkega tudi psihološki in socialni pomen. Omenjajo dve rizični skupini: mlade adolescentne matere in prvesnice, starejše od 35 let. Poudarjajo predvsem pomen biološke starosti matere ob otrokovem rojstvu.

Zdravstveno stanje bodoče matere med nosečnostjo. Visoko stopnjo anksioznosti med nosečnostjo povezujejo z nosečnostnim bruhanjem, gestozami EPH, spontanimi splavi, prematurnostjo, podaljšanimi porodi in poporodnimi zapleti v predhodni nosečnosti (17). Mnenja o povezavah med ginekološkimi zapleti med nosečnostjo in poznejšimi duševnimi motnjami po porodu se razlikujejo. Nekateri avtorji nanje opozarjajo, drugi pa ne. Veliko raziskav je povezanih s prezgodnjim porodom pred 37. tednom nosečnosti (18). Ugotavljajo povezave med pogostejšo poporodno depresivnostjo in carskim rezom, porodom z ginekološkimi pripomočki, predvsem pa opozarjajo na povezavo med poporodno depresivnostjo in ogroženostjo ali prizadetostjo otroka.

Prvorodne in mnogorodne matere in nastanek poporodnih duševnih motenj (3, 5, 9). Večina avtorjev ugotavlja, da se pri 60 do 75 % porodnic poporodne duševne motnje pojavljajo ob prvem porodu.

Družinska obremenitev z duševnimi motnjami. Poporodne duševne motnje, predvsem poporodne psihoze, so pogostejše pri ženskah, ki so družinsko obremenjene, predvsem z afektivno ali shizofrensko psihozo. Možnost pojava poporodne psihoze pri njih ocenjujejo na 20 do 25 % (9, 13).

Premorbidne duševne motnje (19). Posebno pozornost potrebujejo ženske, ki so v življenju že imele resne duševne motnje (predvsem psihoze), saj obstaja možnost ponovitve psihoze po porodu. Obstajajo jasne povezave med duševnimi motnjami med nosečnostjo (predvsem depresivnost) in duševnimi motnjami po porodu. Omenjajo t. i. nosečnostne disforije.

Povezave med poporodnimi duševnimi motnjami in duševnimi motnjami v poznejšem življenju ženske. Manična stanja po porodu so pogosto uvod v poznejše afektivne psihoze. 50 % »velikih depresij« se začne v obdobju po porodu, kot poporodne psihoze. Poporodne in laktacijske psihoze se pojavljajo v 10 do 15 % pri naslednjem porodu. Avtorji (20) poudarjajo prehod poporodnih in laktacijskih psihoz v afektivne psihoze. V ljubljanski psihiatrični kliniki ugotavljamo velik odstotek prehoda (25–33 %) v shizofrenije oz. shizoafektivne psihoze (6, 9, 11).

2 POPORODNI DEPRESIVNI SINDROM

Med poporodnimi duševnimi motnjami zavzemajo pomembno mesto poporodne depresije.

Welburn (20) opisuje depresivno mater po porodu. Preveva jo občutje, da ne more

sama poskrbeti za otroka. Čuti se nesposobna in kriva. Muči jo slaba vest, da nima dovolj rada svojega otroka. Lahko je izredno razdražljiva ali bolezensko zaskrbljena za otrokovo življenje in zdravje. Nevarnost samomora in razširjenega samomora je velika. Ni pa seveda res, da depresivna mati ne ljubi svojega otroka. Res je le, da nesrečna mati trenutno ne zmore prenašati svojega otroka in mu streči v njegovih potrebah. To trpeče bitje ima predvsem pravico do pomoči.

2.1 Klasifikacija poporodnih depresivnih stanj

2.1.1 Poporodna otožnost

Osofsky in Osofsky (21) navajata naslednja diagnostična merila za ugotavljanje poporodne otožnosti:

- začne se običajno v prvih 48 urah po porodu;
- stanje se običajno izboljša v 72 urah po začetku;
- resni simptomi so povezani s predhodnimi psihološkimi obremenitvami;
- povezana je z zmanjšano koncentracijo hormonov po porodu;
- porodnica pogosto joče, je čustveno labilna in izčrpana;
- dvomi o svojih zmožnostih, da bi opravljala vlogo matere;
- njeni čustveni odzivi niso usklajeni z objektivno situacijo.

V nosečnosti se izrazito zvišajo ravni horionskih gonadotropinov, progesterona, estrogena, kortizata androgenov, 17-ketosteroidov. Zviša se tudi raven tiroidnih hormonov. Koncentracija večine teh hormonov se v prvih treh dneh po porodu nenadoma zmanjša. Hkrati nastopijo motnje v ravnovesju elektrolitov in telesnih tekočin. Ko se vzpostavi hormonsko ravnovesje, postopoma izginejo tudi simptomi poporodne otožnosti. Avtorji navajajo, da doživi poporodno depresijo okrog 60 % žensk. Poporodna otožnost se lahko pogloblja in pojavijo se simptomi poporodne depresije. Porodnica potrebuje pogovor, razlago simptomov, podporo in usmerjanje. Zdravil ne potrebuje.

2.1.2 Poporodna nevrotična depresija

Pitt (22) opisuje pri porodnicah s poporodno nevrotično depresijo brezvoljnost in potrnost, ki se slabšata proti večeru, preobčutljivost, izgubo apetita, motnje spanja, zmanjšanje spolnih želja. Izražena je pretirana skrb za otroka, ki ni v skladu z otrokovim zdravstvenim stanjem. Dvomijo vase, da so dobre matere.

Osofsky in Osofsky (21) navajata naslednja diagnostična merila za ugotavljanje poporodne nevrotične depresije:

- depresivni simptomi so povezani z materino utrujenostjo;
- simptomi postajajo bolj resni proti večeru;
- porodnica je razdražljiva, ima slab apetit, motnje spanja;
- zmanjša se njena potreba po spolnosti;

- resnost simptomov se spreminja iz dneva v dan;
- porodnica je pretirano zaskrbljena za otrokovo zdravje;
- stanje običajno nastaja dlje kot 72 ur po porodu.

Poporodno nevrotično depresijo imenujejo tudi mala poporodna depresija. Priporočajo predvsem psihoterapevtsko podporno vodenje, izobraževanje matere za materinstvo, izjemoma zdravljenje z anksiolitiki in antidepresivi.

2.1.3 Poporodna velika depresivna epizoda

Diagnostična merila (9, 21, 23) za ugotavljanje poporodne velike depresivne epizode:

- simptomi trajajo dlje kot pri poporodni nevrotični depresiji;
- izraženi so znaki depresivne psihoze;
- porodnica je depresivna in samoobtoževalno blodnjava;
- izraženi so znaki strahu in vznemirjenosti ter motnje motorične aktivnosti;
- porodnica se boji, da bi škodovala svojemu otroku;
- porodnica grozi s samomorom ali ga celo stori;
- relativno malo porodic ima paranoidne misli;
- poporodno veliko depresivno epizodo težko razlikujemo od drugih psihotičnih čustvenih motenj.

Obravnava poporodne velike depresivne epizode zahteva veliko pozornost, pravilno vrednotenje simptomov, ki se pojavljajo pri bolnici, in pravočasno ukrepanje. Zavedati se moramo, da relativno blagi simptomi vodijo v hude čustvene motnje. Nekatero bolnice je treba hospitalizirati, da jih tako zaščitimo. Poskrbeti je treba za bolničnega otroka. Pomembno je zdravljenje z antidepresivi, pri hujših oblikah je potrebna elektrokonvulzivna terapija.

2.2 Predispozicijski dejavniki, ki vplivajo na nastanek poporodnih depresij (23)

Individualne osebnostne značilnosti: privesnica, nepravilnosti v generativni dobi, dolgo obdobje neplodnosti, predepizoda poporodnih depresij.

Genetski dejavniki: prisotnost (predvsem) afektivne motnje pri bolnici ali v njeni družini.

Zakonski ali družinski dejavniki: nezaželena nosečnost, bolničino občutje, da je mož (partner) ne mara, zakonske težave, izolacija, samski stan.

Podporni dejavniki: pomanjkanje čustvene podpore moža (partnerja), sorodnikov, družbe, ekonomska pomoč.

Ginekološki in perinálni zapleti: porod s carskim rezom, porod z velikim tveganjem za nedonošenost.

2.2.1 Pomen osebnostnih dejavnikov pri poporodnih depresijah (23, 24, 2)

Poleg pomembnega odnosa do lastne matere imajo psihodinamični pomen nezavedno odklanjanje otroka, nesprejemanje ženske vloge, nerazrešeni Ojdipov kompleks, čustvena nezrelost in nesamostojnost. Po rojstvu otroka se življenje ženske spremeni. Menijo, da gre za nekakšno dozorevanje, življenjsko opredelitev, prevzemanje novih funkcij. Poudarjajo, da so za žensko zelo pomembni dobri partnerski odnosi in občutje varnosti.

Med dejavniki »dovzetnosti« za nastanek poporodne depresije navajajo (26):

- pomanjkanje zaupanja do partnerja – otrokovega očeta,
- nosečnost pri 14. letu starosti,
- smrt bolničine matere pred njenim 11. letom,
- odsotnost »toplega« doma v otroštvu,
- nizko samospoštovanje pri ženski.

Razvili so specifično psihološko razlago nastanka poporodnih depresij. Prilagodili so teorijo »depresivnega atributivnega stila« po Abramsonu (27).

2.2.2 Pomen socialnih dejavnikov pri nastanku poporodnih depresij

Paykel in sod. (28) so pri 80 % žensk, pri katerih se je razvila poporodna depresija, odkrili stresne dogodke ali neugodne razmere, kot so: zakonska nesloga, samskost, neugodno ekonomsko stanje, izguba pomembne osebe, vsiljena poroka, predhodno obdobje neplodnosti.

Kaj so ugotovili?

- Dobri partnerski odnosi so med nosečnostjo in po porodu zelo pomembni.
- Poporodna depresija je pogostejša pri neporočenih, ločenih in samskih ženskah. Povezujejo jo s pomanjkanjem socialne podpore.
- Matere z nižjo izobrazbo pogosteje zbolevalo za poporodno depresijo kot matere z višjo izobrazbo.
- Postavili so hipotezo o neposrednem zaščitnem vplivu zaposlitve. Brezposelne ženske so brez evidentnega socialnega vpliva in socialne podpore. Po drugi strani pa imajo tudi delovne preobremenitve mater z majhnimi otroki negativne učinke.

Bronchington in sod. (5) so pri 15 % žensk z depresijo med nosečnostjo in po porodu odkrili provokativne dejavnike. Med neugodnimi življenjskimi dogodki navajajo perinatalno smrt otroka, nesoglasja, telesne bolezni, finančne težave, revščino. »Depresivno dekompenzacijo« lahko sprožijo tudi neopazni obremenjujoči življenjski dogodki, če gre za kumulativne učinke ali okoliščine, ki delujejo v tem smislu.

2.3 Identifikacija poporodnih depresij (23)

Na voljo so različne ocenjevalne lestvice, ki jih lahko uporabljamo tako v zadnjem

tromesečju nosečnosti za ugotavljanje depresivnih stanj med nosečnostjo kot tudi za spremljanje nosečnice in nudenje psihoprofilaktične pomoči.

Ugotovljeno je naslednje (14):

- blaga depresivna stanja, ki se pojavijo v nosečnosti, po porodu izginejo (strah pred porodom, strah, da bi bil otrok prizadet),
- globlja depresivna stanja pa se po porodu še poglobijo.

V Sloveniji imamo sedaj EPDS (15), ki je najbolj priznan in najpogosteje uporabljen vprašalnik za ugotavljanje poporodne depresivnosti. Ta vprašalnik bi morala porodnica izpolniti ob prvem ginekološkem pregledu v šestem tednu po porodu. Porodnice, ki bi na EPDS dosegle več kot 10 točk, bi se morale pogovoriti s psihiatrom ali psihologom, izobraženim za to področje.

2.4 Vplivi poporodne depresije na otroka

Obstajajo dokazi o vplivu matrine poporodne depresije na otroka in njegov razvoj. Depresivne matere delujejo čustveno zaviralno, zavirajo otrokovo osamosvojitve ter procesa zgodnje socializacije in formiranja osebnosti (25). Nastajajo tudi težave v odnosih s partnerjem, predvsem če ni razumevajoč oz. seznanjen s problematiko poporodnih depresij.

75 % poporodnih velikih depresivnih epizod se izboljša v prvem letu po porodu.

3 PSIHOTROPNA ZDRAVILA IN NOSEČNOST

3.1 Zdravljenje s psihotropnimi zdravili med nosečnostjo (30)

Znano je, da vsa psihotropna zdravila dobro prehajajo skozi placento in lahko plodu povzročijo škodo.

S temi težavami se srečujemo:

- če pride med nosečnostjo do duševnih motenj, ki zahtevajo zdravljenje z zdravili;
- če moramo med nosečnostjo nadaljevati zdravljenje z zdravili, ki jih je ženska zaradi duševnih motenj jemala že pred nosečnostjo.

Ženska naj bi bila v obdobju organogeneze brez psihotropnih zdravil. Če pa je tudi v tem obdobju prisotna duševna motnja, ki zahteva zdravljenje z zdravili, se odločamo za »varnejša« zdravila v manjših odmerkih in po možnosti za krajše obdobje zdravljenja. Odsvetujejo kombinacije več psihotropnih zdravil.

Pri **antipsihotikih** imamo največ izkušenj s klorpromazinom in trifluoroperazinom. Priporočajo nizkopotentne antipsihotike, vendar moramo biti pozorni na znižanje krvnega tlaka in na antiholinergične pojave. Od visokopotentnih antipsihotikov je veliko izkušenj s haloperidolom. Pogostih malformacij pri plodu niso ugotavljali. Večjih izkušenj z atipičnimi antipsihotiki ni. Če je možno, med nosečnostjo odsvetujejo uporabo antipsihotikov v depojski obliki.

Med nosečnostjo odsvetujejo zdravljenje z **antikolinergiki in antiparkinsoniki**, ker lahko škodujejo plodu oziroma povzročajo odtegnitvene simptome pri novorojenčku. °

Raziskave niso pokazale škodljivih učinkov na plod pri terapiji z **antidepresivi**. Priporočajo fluoksamin, fluoksetin, sertalin in paroksetin. Tudi pri tricikličnih antidepresivih (TCA) ni dokazov o terotogenosti. Odsvetujejo uporabo ireverzibilnih zaviralcev MAO ter mirtazapin in reboksetin.

Priporočajo previdnost pri uporabi **anksiolitikov in uspaval**. Benzodiazepine povezujejo z razcepom ustnice in mehkega neba pri novorojenčku. Opisani so odtegnitveni simptomi in drugi zapleti pri novorojenčku (mišična hipotonija, motnje dihanja, oslABLjeno sesanje idr.).

Stabilizatorji razpoloženja, kot so litijev karbonat, karbamazepin in valproat, so po ugotovitvah teratogeni in jih v prvem tromesečju nosečnosti odsvetujejo. Z uporabo litija med nosečnostjo povezujejo tveganje za nastanek srčne napake pri novorojenčku. Karbamazepin med nosečnostjo povezujejo z nastankom spine bifide pri otroku.

Pri nosečnicah, ki so odvisne od heroina, priporočajo zdravljenje z **metadonom**. Opozarjajo na dihalne stiske otrok, katerih matere so jemale metadon, ter abstinenčne pojave pri novorojenčkih.

3.2 Zdravljenje s psihotropnimi zdravili po porodu (31)

Znano je, da se psihotropna zdravila izločajo v mleku, vsaj v koncentraciji, ki ustreza približno 1 % materine plazemske koncentracije. Ne uporabljamo zdravil, ki povzročajo močno sedacijo, ali zdravil z dolgim razpolovnim časom.

Med antidepresivi imajo prednost TCA razen doksepina.

Med antipsihotiki uporabljamo haloperidol, klorpromazin, trifluperazin.

Litija, zaviralcev MAO in klopazina ne uporabljamo.

Pri dojenčku moramo preiskati jetrno in ledvično delovanje ter izključiti srčna ali nevrološka obolenja, preden se odločimo za uvedbo zdravila doječi materi oz. če je mati jemala zdravila med nosečnostjo.

Posebno pozornost je treba posvetiti prezgodaj rojenim otrokom. Ker je sistem presnove zdravil pri njih nezrel, lahko zaradi kopičenja zdravil ali njihovih presnovkov nastajajo zapleti.

Nujno je treba spremljati otroke mater, ki dojijo in jemljejo psihotropne snovi. Po zdravljenju namreč lahko pri teh otrocih nastopijo neželeni učinki, predvsem sedacija ali vznemirjenost.

Bolnicam predpisujemo zdravila, ki se jih jemlje v enkratnem dnevnom odmerku, in sicer neposredno po dojenju ali pred obdobjem dojenčkovega najdaljšega spanja.

Priporočajo najmanjše še učinkovite odmerke zdravil. Kombinacijo več psihotropnih zdravil doječim materam odsvetujejo.

Upoštevali so posamezne raziskave z majhnim številom doječih mater, ki so dobivale psihotropna zdravila.

Številni avtorji opozarjajo na še neznane učinke psihotropnih zdravil na dojenčkove možgane.

Največ raziskav je bilo narejenih s »starejšimi« zdravili – klasičnimi antipsihotiki in TCA. Kot avtor članka spadam v veliko skupino zdravnikov s »konservativnim« pristopom, ki menijo, da je za otroka in mater (predvsem, če gre za poporodno psihozo) boljše, da otroka hrani po steklenički. Tako ustavimo laktacijo in pridobimo možnost za ustrezno psihofarmakološko terapijo matere. Razumljivo je, da gre pri tem za velike etične in človeške težave. Odnos med otrokom in doječo materjo je nekaj najbolj intimnega in zdravstveni delavec v to težko posega. Toda, če gre za mater, ki je po porodu postala psihotična, resno suicidalna ali pri njej celo obstaja nevarnost razširjenega samomora, se je treba pravilno in hitro odločiti.

V Sloveniji bi potrebovali smernice o psihofarmakološki terapiji med nosečnostjo in po porodu. Skupaj bi jih morali pripraviti ginekologi in psihiatri.

Ne smemo pozabiti na blagodejni vpliv psihoterapije med nosečnostjo in po porodu, največkrat je ustrezna suportivna ali kognitivna vedenjska terapija.

Če mati po porodu zboli za psihozo in jo je treba hospitalizirati, se odpre več dilem. Mati je običajno hospitalizirana v psihiatrični ustanovi, otrok pa ostane v porodnišnici ali ga vzamejo domači. Znani so negativni učinki te ločitve na otrokov psiho-fizični razvoj, pa tudi mati je oropana lepega (najlepšega) življenjskega obdobja po rojstvu otroka. Prof. Jan Bronchington, na primer, je imel na svoji psihiatrični kliniki v Angliji oddelek z desetimi posteljami. Na ta oddelek so zdravljene matere sprejeli skupaj z njihovimi dojenčki. Delo na tem oddelku je bilo seveda zelo strokovno in visoko specializirano. Medicinsko osebje se je dodatno izobraževalo. Če bi kdaj v Sloveniji razmišljali o takem oddelku, če bi torej želeli prevzeti izkušnje prof. Bronchingtona. Menim, da bi ga bilo treba ustanoviti na Ginekološki kliniki Ljubljana.

Tam že obstaja potreben strokovni tim, k sodelovanju pa bi bilo treba povabiti tudi psihiatre in klinične psihologe.

4 ZAKLJUČEK

Poporodne duševne motnje spadajo v interdisciplinarno področje med ginekološko in psihiatrično stroko.

Obstajajo jasne povezave med duševnimi motnjami med nosečnostjo in v poporodnem obdobju. Najbolj raziskane so poporodne psihoze, predvsem zaradi simptomatike ter nevarnosti za mater in otroka (možnost samomora ali celo razširjenega samomora).

V Psihiatrični kliniki Ljubljana smo spremljali bolnice s poporodnimi psihozami, ki so se na kliniki zdravile v zadnjih 60 letih; razumljivo, da prvih 30 let retrospektivno (po popisih bolezni), pozneje pa tudi aktivno med delom na kliniki.

Postavili smo hipotezo o spremembi klinične slike pri poporodnih psihozah. Svoja mnenja smo strnili v nekaj točk (29):

- Poporodne psihoze so imele pred II. svetovno vojno in kmalu po njej klinično sliko organsko pogojenih ali simptomatskih psihoz (stanje zmedenosti, delirantna stanja, amencialna stanja, stanja v okviru t. i. cikloidnih psihoz, stanja konfuznosti).

- Pred prihodom zdravil (antipsihotikov, antidepresivov) so bile bolnice s poporodnimi psihozami deležne biološkega zdravljenja (kardiazolsko, inzulinsko komatozno, elektrokonvulzivno zdravljenje /EKT/). Remisije po zdravljenju so bile dolge tudi 20 do 30 let. EKT se je pri najhujših oblikah poporodnih psihoz uporabljala v Psihiatrični kliniki Ljubljana do leta 1992.
- Poporodne psihoze so pozneje postale vedno bolj podobne funkcionalnim (endogenim) psihozam. Terapija je bila medikamentozna. Remisije so bile krajše. Pri tem je ostalo več odprtih vprašanj. Žal hipoteze o spremembi klinične slike pri poporodnih psihozah nismo mogli potrditi ali zanjo najti osnove v medicinski literaturi s tega področja.

Še vedno menimo, da je potrebno delo na tem področju v Sloveniji organizirati bolj in bolj sistematično.

- Nosečnice in porodnice z duševnimi motnjami bil bilo treba obravnavati ambulantno v ginekoloških ustanovah (t. i. »liaison« psihiatrija)
- Nujno je intenzivno in dobro sodelovanje med ginekologom, psihiatrom in psihologom.
- Zelo pomembno je delo družinskega zdravnika, patronažne medicinske službe in otroškega zdravnika – pediatra.
- Le dobro in usklajeno delo zagotavlja celostno obravnavo oseb s poporodnimi duševnimi motnjami, deluje preventivno in preprečuje tragična dejanja.

5 LITERATURA

1. Jovanovič T, Jakulič S. Terapija postpartalnih psihoz. *Medicinska revija* 1971; 19-25.
2. Ličina M. Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu«. Doktorska disertacija Univerze v Ljubljani, Medicinska fakulteta 1991.
3. Katona LE. Puerperal mental illness: comparisons with puerperal controls. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 447–52.
4. Conrad K. Die syptomatischen psychosen (die wochen bett psychosen). V: *Psychiatrie der Gegenwart*. Band II, Teil II: Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1972: 38–9.
5. Bronchington JF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F. Stress and Puerperal Psychosis *Br J Psychiatry* 1990; 157: 331–4.
6. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis, *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662–73.
7. Huber G. Die wochen bett psychosen psychosen bei endocrinen störungen, generation psychosen. V: *Psychiatrie der Gegenwart*. Band II, Teil II Berlin Heidelberg, New York: Springer Verlag: 1972: 115–6.
8. 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.
9. Bronchington JF, Schofield EM, Donnelly P, Hyde C. A clinical study of postpartum psychosis. V: Sandler M ed. *Mental Illness in pregnancy and the puerperium*. Oxford:

Oxford University Press. 1978: 59–60.

10. Mednarodna klasifikacija bolezni MKB 10. IVZ Ljubljana: 357.
11. Gitlin MJ, Pasuan M.: Psychiatric syndroms linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1413–22.
12. Vitorović M. Psihične motnje v zvezi z generativnimi procesi. Puerperij. Laktacija. V: Milčinski L. ed. Psihijatrija. Ljubljana, Državna založba Slovenije, 1986; 243–6.
13. Ličina M, Mlakar J. Poporodne in laktacijske psihoze obravnavane v UPK Ljubljana-Polje v času od 1945-1955 in 1965-1975: *Zdravstveni vestnik* 1984; 6: 309–12.
14. Lličina M., Jensterle J, Mlakar J, Čuk M., Cerar V. Incidenca poporodne depresivnosti v povezavi z psihosocialnimi dejavniki. *Zdravstveni vestnik* 1987; 56: 369–72.
15. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem slovenskem vzorcu: *Medicinski razgledi* 2005; 44: 139–45.
16. Welles-Nystrom BL, De Chateaud P. Maternal age and transition to motherhood: prenatal in postnatal assessmentss. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 719–25.
17. Pajntar M. Psihosomsatske komplikacije nosečnosti in poroda. *Zdravstveni vestnik* 1982; 51: 187–90.
18. Velikonja V. Vpliv dejavnikov okolja na psihični razvoj prezgodaj rojenih otrok v prvem letu življenja. Magistrska naloga. Ljubljana. Filozofska fakulteta, Oddelek za Psihologijo, 1990.
19. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brongh DJ.: Psychiatric disorders in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 453–62.
20. Welburn V. Postnatal depression. Glasgow. Paperbacks. 1980.
21. Osofsky HJ, Osofsky JD. Postpartum depression. *Psychiatry: Clinical Update*. The UpJohn Company 1984: 1-8.
22. Pitt B.: Depression and childbirth. V: Paykel ES (eds) *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford; 1982: 467–74.
23. Vanderbergh RL. Postartum depression: *Clin Obst Gynecol* 1980; 23: 1105–11.
24. Harris B, Hucle PH, Thonas R in sod.. The use of rating scales to identify post natal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 813–17.
25. Volkmer FR. Social communicative development in the first years of life. Washington, DC: Scientific Meeting of the National Center for Clinical Infant Programs, May 1983.
26. Harvey D. Maternal mental illness – the effect on the baby. V: Sandler M ed. *Mental illness and pregnancy and the puerpreium*. New York: Oxford University Press 1978; 112–19.
27. Abramson LY in sod. Learned helplessness in human: critique and reformulation. *J Abn Psychiatry* 1978; 87: 49–74.
28. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J in sod. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 339–46.
29. Ličina M, Mlakar J, Petek J. Spreminjanje klinične slike pri poporodnih in laktacijskih psihozah V: *Zbornik radova 7. Kongresa Psihijatarja Jugoslavija*, Budva, 1984: 293–6.
30. Tavčar R. Psihotropna zdravila in nosečnost. Na stičiščih. *Psihijatrija in ginekologija*. Psihiatrična bolnica Begunje. *Zbornik* 1999: 156–69.
31. Dernovšek MZ. Vplivi psihotropnih zdravil na menstrualni ciklus in dojenje. Na stičiščih. *Psihijatrija in ginekologija*. Psihiatrična bolnica Begunje. *Zbornik* 1999: 142–55.