

# *Poporodna depresija in intervencije, ki vplivajo na navezovalni odnos med materjo in otrokom*

---

**Nina Curk Fišer**

**Borut Škodlar**

**Maja Drobnič Radobuljac**

Korespondenca:

Nina Curk Fišer, dr. med.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, Ljubljana

[nina.c.fiser@gmail.com](mailto:nina.c.fiser@gmail.com)

---

## Uvod

V zadnjem desetletju se dostopnost psihiatrične obravnave namenjene nosečnicam in otročnicam v slovenskem prostoru postopoma izboljšuje. V tem času je popravek doživela tudi t. i. Materinska knjižica, ki dodatno vsebuje kratek opis simptomov in znakov poporodne depresije in psihoze. Še vedno pa veliko omejitev pri začetni in nadaljnji obravnavi nosečnicam in otročnicam z duševnimi motnjami predstavljata sram, ki ga ženske občutijo, in stigma, ki je v naši družbi globoko zasidrana. Podrobnejši vpogled v funkcioniranje mater s poporodno depresijo v Sloveniji pokaže na velike težave, na katere naletijo matere s poporodno depresijo pri iskanju ustrezne pomoči in obravnave predvsem na področjih, ki se dotikajo negotovega navezovalnega odnosa z otrokom.

Današnje študije kažejo, da je pojavnost depresije v času nosečnosti in poporodnega obdobja približno enaka pojavnosti depresije pri ženskah v drugih življenjskih obdobjih. V klinični sliki omenjenih entitet ni bistvenih razlik, posebnost poporodne depresije pa se kaže v dejstvu, da nezadovoljivo zdravljenje materine depresije prizadene tako mater kot tudi njenega otroka. Glavna naloga perinatalne psihiatrije tako ostaja zgodnje prepoznavanje ter ustrezno in pravočasno zdravljenje poporodne depresije pri materi. Uspešno zdravljen in ozdravljen poporodna depresija pa ne zagotavlja nujno tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ali boljšega kognitivnega in socialno-emocionalnega razvoja otroka.

V tujini so v zadnjih letih na voljo številni in različni programi namenjeni staršem z ali brez duševne motnje. Lahko rečemo, da področje raziskovanja učinkovitosti teh programov v zadnjih letih doživlja pravi razcvet.

Namen dela je podrobno pregledati področje ciljno usmerjenih kratkotrajnih intervenc, ki so namenjene izboljšanju odnosa med starši in njihovim otrokom ter preprečevanju ali zdravljenju široke palete čustvenih težav otroka ter ugotoviti, kateri izmed programov za starše so se v tujini izkazali za znanstveno dokazano učinkovite v populaciji mater s poporodno depresijo ter oceniti stanje v Sloveniji.

## Poporodna depresija

Poporodno depresijo uvrščamo poleg poporodne otožnosti, anksioznosti in poporodne psihoze med duševne motnje, ki se lahko pojavijo med nosečnostjo in po porodu (1). Poporodna depresija predstavlja velik javnozdravstveni problem. Pregled raziskav

kaže, da so med različnimi avtorji velike razlike v oceni pogostosti pojavnosti poporodne depresije od 3% do 33% (2). V Sloveniji ugotavljajo, da je pojavnost poporodne depresije 20% (3). Časovne opredelitve pojma puerperij – poporodna doba se v literaturi zelo razlikujejo. Najpogosteje se težave pojavijo v prvih treh mesecih po porodu, vrh incidence predstavlja obdobje med četrtnim in šestim tednom po porodu (2). Srečamo pa tudi opredelitve, da je poporodno obdobje čas prvih šestih mesecev ali celo dveh let po porodu (4).

O poporodni depresiji govorimo kot o motnji ali bolezni, ki je povezana s spremenjenimi biokemičnimi procesi v možganih. Podobne biokemične spremembe kot pri veliki depresivni motnji najdemo tudi pri poporodni depresiji: pomanjkanje nevrotansmitterjev v centralnem živčnem sistemu, motnje genske ekspresije, prekomerna aktivnost CRF (5). Klinično je poporodna depresija podobna depresiji v drugih življenjskih obdobjih ali okoliščinah in tudi dejavniki tveganja za poporodno depresijo so zelo podobni tistim pri veliki depresivni epizodi, ki se lahko pojavi kadarkoli v življenju (6). Poporodna depresija se najpogosteje pojavlja pri neporočenih ženskah z nižjo stopnjo izobrazbe in neželjeno nosečnostjo; ženskah, ki so že matere večjemu številu otrok, ki so socialno in ekonomsko ogrožene ali pa so mlajše od petindvajset let (7). Pomemben dejavnik tveganja za pojav poporodne depresije je prisotnost poporodne otožnosti, ki v 20% po porodu vodi v poporodno depresijo (8). Znano je, da imajo ženske, ki zlorablajo PAS, ki so nevrotsko strukturirane ali imajo v anamnezi duševno motnjo v obdobju puerperija, znatno večjo možnost za pojav poporodne depresije (1, 9). Pomembno razliko med dejavniki tveganja za pojav poporodne depresije in depresijo v drugih življenjskih obdobjih pa predstavljajo neuroendokrine spremembe, ki nastopijo takoj po porodu in nove, včasih nepredvidljive zahteve materinstva kot tudi družinske ter družbene razmere, v katerih ženska postane mati, kot so nezaposlenost in izguba ali zapustitev partnerja (10).

Ženske s poporodno depresijo se soočajo s težo, ki jo povzroči postavitve diagnoze duševne motnje kot tudi s posledicami duševne motnje, ki vpliva na njihovo življenje in funkcioniranje ter zdravje, razvoj in dobro počutje njenih potomcev (11, 12). Podobno kot ženskam v splošni populaciji tudi njim starševska vloga predstavlja izredno pomemben življenjski cilj, saj starševstvo njihovo življenje ovrednoti oz. osmisli in je vzpodbuda za boljše okrevanje (13). Prebolele

epizode duševne motnje, izkušnje ambulantnega ali bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja z medikamentozno psihofarmakoterapijo in/ali psihoterapijo ženske zaznamuje in lahko vodi v skromnejšo socialno mrežo, vezano predvsem na družinske in skrbniške dejavnosti. Ob tem ostaja ohranjena identiteta matere, žene in gospodinje, ki ima pozitiven vpliv na samopodobo in samospoštovanje. Hkrati pa zoževanje ženske identitete na vlogo matere kot tudi zapostavljanje lastnih interesov in potreb predstavlja enega izmed stresorjev, ki vplivajo na večje število ponovitev bolezni pri ženskah (14). Pomembno je izpostaviti težo, ki jo prinašata stigma in diskriminacija, saj se matere s poporodno depresijo negativno stereotipizira, so žrtve predsodkov in diskriminacije (15). Do svoje starševske vloge so zelo kritične, v svoji materinski vlogi so negotove in dovzetne do mnenj drugih. Stigmo vezano na starševsko vlogo internalizirajo, kar se kaže v nizki samopodobi in učinkovitosti, slabšemu izidu zdravljenja in osiromašeni starševski izkušnji (16).

Starševstvo mater s poporodno depresijo je pod pritiskom večjih bremen, kot ga občutijo matere brez duševne motnje, zaradi večjih socioekonomskih težav, nestabilnih zvez, socialne izolacije, težav v navezovalnem odnosu med materjo in otrokom ter vedenjskih in razvojnih težav otrok (17).

### **Materinska vloga mater s poporodno depresijo**

Poporodna depresija ima negativen vpliv na mater, njenega partnerja in družino, interakcijo z otrokom in kvaliteto navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ter na socialno-emocionalni in kognitivni razvoj otroka (18, 19, 20). Materina diagnoza sama po sebi nima direktnega vpliva na otrokov razvoj. Mentalno stanje matere s simptomi poporodne depresije kot so potrnost in žalost, izguba interesov, slabša energetska opremljenost, težave s pozornostjo, vznemirjenost in občutki krivde v veliki meri vplivajo na medosebni odnos med materjo in otrokom, na sposobnost zaznavanja čustvenih in telesnih potreb otroka, predvidljivost in stalnost vedenja v starševski vlogi, doslednost pri postavljanju meja otroku brez telesnega kaznovanja in distorzijo materinih spoznanj glede otroka in materinstva (21, 17).

Matere z depresivnimi simptomi težje regulirajo svoj čustveni odziv, vezan na osebno ali otrokovo stisko, saj depresija vpliva na povečano vzdražnost limbičnega sistema in s tem na motivacijski vzgib materinega vedenja. Posledično matere z depresijo vsak otrokov jok dojemajo kot ogrožujoč, njihovi

odzivi pa so burni in za otroka nepomirjujoči (22).

Matere z depresijo so v primerjavi z materami brez depresije bolj razdražljive in v odnosu do otroka vsiljive ali sovražne. Raziskave kažejo, da so manj vključene v nego otroka, ali pa je njihova nega ravnodušna in odklonilna. Do otroka izražajo manj nežnosti in medosebne topline, zaradi česar je njihova občutljivost do potreb otroka manj izražena ali pa skušajo biti z otrokom povezane na način, ki ni skladen s potrebami ali signali otroka (23, 24). Matere s poporodno depresijo svoje otroke v primerjavi z materami brez depresije pogosteje zanemarjajo ali otroke puščajo doma brez varstva (25, 26). Pri vzgoji otrok se pogosteje kot matere brez depresije poslužujejo telesnega kaznovanja (27, 28). Poleg večjega tveganja za zanašanje in zlorabo otroka matere s poporodno depresijo v manjši meri sledijo smernicam glede zdravega načina prehranjevanja otroka, vključujoč nižjo stopnjo dojenja otrok ter prezgodnjega uvajanje nove hrane in gostih živil, pogosteje pa se v primerjavi z materami brez depresije odločajo za zavračanje cepljenja otrok (29). Matere s poporodno depresijo težje ohranjajo vsakodnevno rutino otrokovega bioritma preko celega dne, količina kvalitetno preživetega časa z otrokom je manjša, saj otroku redkeje berejo knjige, se z njim igrajo ali pogovarjajo (30, 31).

### **Navezanost – varna navezanost**

Prvi je pomen navezanosti otroka na mater pri človeku opredelil John Bowlby. Navezanost je opredelil kot sistem vedenja, ki motivira dojenčka, da išče bližino in vzpostavi komunikacijo s starši ali drugimi primarnimi skrbniki. Navezanost dojenčka na mater ima več funkcij, temeljna funkcija navezanosti pa je zaščita dojenčka pred različnimi nevarnostmi, saj predstavlja navezovalna oseba varno bazo, od koder otrok raziskuje zunanji svet in varno zatočišče, kamor se vrača (32, 33). Navezanost med otrokom in prvo pomembno odraslo osebo, ki je najpogosteje mati, se razvija od rojstva pa vse do smrti.

Raziskovanje navezanosti se je pričelo že zgodaj v drugi polovici prejšnjega stoletja z zgodovinskimi opazovanji Mary D. Salter Ainsworth, najprej na parih mater in otrok v Ugandi, kasneje pa še v Baltimoru. Ugotavljala je, da je od oblike in stalnosti skrbi za otroka odvisno, na kakšen način se bo otrok vedel do navezovalne osebe v zanj stresnih situacijah, to je, kakšno »obliko navezanosti« bo do te osebe razvil. Opisala je tri oblike organizirane navezanosti (kategorije): varno navezanost, ki jo najdemo pri okrog 60% ljudi v splošni populaciji, negotovo aksiozno

ambivalentno (preokupirano) navezanost, ki jo najdemo pri okrog 15% in negotovo anksiozno izogiba-jočo navezanost, ki jo najdemo pri okrog 25% (23).

Kasneje sta Mary Main in Judith Solomon dodali še dezorganizirano navezanost, ki je po različnih podatkih prisotna pri 15-25% ljudi, drugi pa še obliko »ni moč uvrstiti« (»non classifiable«) (34, 35). Pri otrocih, ki so izpostavljeni nepredvidljivosti in kaotičnosti v odnosu med njimi in starši ali slabemu ravnanju ali celo nasilju, ugotavljajo prisotnost dezorganizirane navezanosti med 35- 80% (36).

Navezanost se ustvarja zelo zgodaj v nosečnosti, še posebej pomemben čas pa predstavljajo prve ure, tedni in meseci po rojstvu (37). Navezanost vzpostavi medosebni odnos, ki omogoča, da nezreli možgani dojenčka uporabljajo zrele funkcije možganov staršev za reguliranje lastnih čustvenih stanj (38). V navezovalnem odnosu lahko matere preko senzitivnega odzivanja na signale otroka določena otrokova pozitivna emocionalna stanja ojačajo in modulirajo negativna. Na ta način se otrokova neprijetna čustva zmanjšajo in otrok se pomiri, kar mu vzpodbudi občutek varnosti (27). V odnosu s staršem otrok doživi, kako se lahko varno ali pa tudi negotovo naveže. Varna in stabilna navezanost med staršem – materjo ali očetom – in otrokom predstavlja enega najpomembnejših razvojnih mejnikov v otroštvu. Otrokova izkušnja, da mu je prva pomembna oseba pripravljena nuditi oporo, fizično bližino, naklonjenost, tolažbo in pomoč, otroka spodbudi k raziskovanju zunanjega sveta. Poleg varnega izhodišča za otrokovo (samo)raziskovanje v okolju varna navezanost otroku omogoča tudi razvijanje lastne avtonomije in občutka samozaupanja, da lahko izziv ali nalogo uspešno reši (33, 39). Otrok preko izkušenj, ki jih dobiva z opazovanjem, kako ravnata starša drug z drugim in z zunanjim svetom ter predvsem preko medosebne interakcije najprej z materjo, nato pa z obema staršema (oz. z ljudmi, ki zanj skrbijo kot starši), razvija notranje predstave o sebi in drugih ter predstave o interakciji s pomembnimi drugimi. »Oblika navezanosti« predstavlja okvir, ki določa, kako se bo posameznik čustveno odzival in reguliral neprijetna čustva, kakšne strategije soočanja s stresom bo razvil in kako bo posameznik deloval v večini odnosov, ki jih bo v življenju ustvarjal. Izkazalo se je, da oblika navezanosti, ki so jo ugotovili pri majhnih otrocih, predstavlja trajen vzorec navezovanja odnosov z drugimi v odrasli dobi (23, 40).

Za razvoj vzorca navezanosti so ključnega pomena obdobja dojenčka in otroštva, deloma pa tudi

mladostništva, saj v tem zadnjem obdobju poteka v možganih pospešena eliminacija v preteklih letih formiranih sinaps. V procesu navezovanja imata pomembno vlogo otrokov temperament in njegovo zdravstveno stanje kot tudi materina čustvena razpoložljivost, dovzetnost in angažiranost do otroka, na katero v veliki meri lahko vpliva materina depresija (33, 41). Način navezovanja vpliva na zgodnji razvoj možganov, saj izkušnje v medsebojni interakciji otroka in starša, preko hormonov in živčnih prenašalcev, ki se v tej interakciji sproščajo, vplivajo na izražanje genov, ki so pomembni za razvoj centralnega živčevja, še posebej v zgodaj razvijajoči se desni možganski hemisferi (42). Varna in stabilna navezava med otrokom in staršem je izredno pomembna, saj med drugim vpliva na rast nevronov razvijajočih se možganov in tako zagotavlja nemoten razvoj otroka brez razvojnih zaostankov (33, 43, 44).

### **Nevrobiološki razvoj možganov**

Razvoj človeških možganov se prične nekaj tednov po oploditvi, kmalu zatem zaznamo tudi prvo aktivnost živčnega sistema (45). Temu sledi obdobje nevrogeneze, ko se pričnejo posamezne celice razlikovati. Možganske celice se množijo, migrirajo in redčijo, kar pomeni, da celice, ki ne dobijo dovolj signalov, propadejo. V drugi polovici nosečnosti se prične organizacija nevronov (živčne celice brstijo in se intenzivno povezujejo), tvorba sinaps in mielinizacija (46).

V nosečnosti je najpomembnejši razvoj nevronov, v otroštvu pa sledi obdobje zorenja in rasti (47). Nevroni se pričnejo biokemično razlikovati, nastajajo aksoni in dendriti. Število povezav (sinaps) med nevroni se povečuje. Sinapse nastajajo, se krepijo in izginjajo vse življenje, kar imenujemo nevroplastičnost (48). Dinamični procesi v sinapsah omogočajo obdelavo informacij v otroštvu (razvojna plastičnost) in učenje, pomnjenje v starosti (plastičnost učenja in spomina) ter nadomestitev izgube funkcije ob npr. poškodbi (plastičnost, ki jo vzpodbudi poškodba) (49).

V najstništvu se okrepijo mehanizmi, zlasti zrelost kortikalnih struktur, ki omogočijo inhibicijo subkortikalnih struktur, izrazito se poveča tudi aktivacija predelov kognitivnega nadzora; prefrontalna in sprednja cingulatna skorja ter temenski del skorje (50). Možganske strukture dozoriijo ob koncu dvajsetih let, ko popolno zrelost dosežejo tudi sprednji deli možganov, ki uravnavajo motivacijo in izvajajo izvršilne funkcije (49).

Empirični dokazi govorijo v prid dokončnemu razvoju možganov glede na okoljske vplive, ki so jim



med razvojem možganske strukture izpostavljene (51). V razvoju možganov so kritična obdobja, ko so možgani izrazito bolj dovzetni za specifično učenje in preoblikovanje kot kasneje v odrasli dobi (52). V teh obdobjih je povečana dovzetnost tudi za negativno stimulacijo (čustvena zloraba, ponavljajoča bolečina, zloraba drog, nikotina, alkohola), ki pušča na možganih znatne in dolgotrajne posledice. Znano je namreč, da so nekatera področja možganov otrok, ki so bili v ranem otroštvu zlorabljeni ali zanemarjani, lahko precej manjša kot enaka področja pri zdravih otrocih, ne glede na to, kaj se z otroki dogaja kasneje v življenju (53).

Na otrokov razvoj in kakovost otrokovega življenja odločilno vplivata dva zunanja dejavnika: starševstvo in vzgoja. Predvsem matere imajo pomembno vlogo kot zunanji regulatorji razvoja otroških možganov in otroškega čustvovanja. Otroški izbruhi besa, kričanja in jeze odražajo nezrelost otroških možganov. Otrok za pomiritev potrebuje pomoč odraslega, ker skorja čelnih režnjev pri otroku še ni tako razvita, da bi lahko »sama od sebe« pomirila čustvene izbruhe. Zadoščene čustvene potrebe otroka omogočajo razvoj odločilnih povezav, ki bodo otroku vodilo, kako ravnati v določenih čustvenih situacijah (54, 55).

Pozitiven vpliv na otrokove govorne zmožnosti in navezanost imajo intenzivni pogovori z otrokom, branje knjig in ljubeče okolje (56). Ljubeča skrb za otroke in prehrana je za razvoj možganov izredno pomembna, kar so pokazali z raziskavami pri dojenih otrocih in otrocih, ki niso bili optimalno prehranjeni oziroma so utrpeli pomanjkanje hrane (57, 58). Longitudinalne raziskave, ki so vključevale tudi dvojčke, so pokazale, da je ljubeče ukvarjanje staršev z otroki pri dveh letih vplivalo na bralne sposobnosti otrok dve leti kasneje. S primerjavo genetsko identičnih dvojčkov in sorojencev pa so ugotovili celo, da je bil delež vpliva genetike povsem enak deležu vpliva vzgoje (56).

### **Nevrobiološka teorija varne navezanosti**

Nevrobiološka teorija Allana Schora daje pomen varni navezanosti, ki se prične v prvih urah, tednih in mesecih po rojstvu in vpliva na zgodnji razvoj možganov, saj izkušnje v medsebojni interakciji otroka in starša, preko hormonov in živčnih prenašalcev, ki se v tej interakciji sproščajo, vplivajo na izražanje genov, ki so pomembni za razvoj centralnega živčevja, še posebej v zgodaj razvijajoči se desni možganski hemisferi.

Za zgodnje obdobje intenzivne rasti možganov je značilno, da le-ta ni simetrična. Od petindvajsetega

tedna nosečnosti do poldruega leta otrokove starosti je v ospredju intenzivna rast desne možganske hemisfere, ki ima preko povezav z limbičnimi sistemom bistveno vlogo pri prepoznavanju in zadovoljevanju temeljnih potreb tako otroka kot tudi matere, pri samoregulaciji čustev in razpoloženja, soočanju s stresnimi situacijami, doživljanju sebe v medosebnih odnosih, učenju, spominu, izločanju endorfinov in uravnavanju autonomnih oz. vegetativnih, endokrinoloških, imunoloških in kardiovaskularnih funkcij (37). Limbični sistem v možganih sestavljata amigdaloidno jedro in hipokampus. Hipokampus, ki se razvije med drugim in četrtem letom, je vključen v regulacijo močnih emocij in spomina. Amigdaloidno jedro procesira neprijetne čustvene spomine in je zrelo že ob rojstvu, kar daje dojenčkom zmožnost čutiti paletu intenzivnih čustev, četudi ne razumejo, kaj čustva sporočajo in v kakšni povezavi z zunanjim svetom so se pojavila. Čustveni del spomina iz zgodnjega otroškega obdobja se ves ta čas hrani v amigdaloidnem jedru kot implicitnemu delu spomina (59).

V najzgodnejšem obdobju življenja otrok izraža svoje potrebe preko senzornih dražljajev kot so voh, dotik, okus in sluh; že pri starosti dveh mesecev otroci vzpostavijo tudi očesni kontakt in spontano sodelujejo v komunikaciji preko obrazne mimike in z gestikulacijami. Zaznavanje otrokovih potreb in ljubeč odziv nanje vzbuja v otroku občutke zadovoljstva in ugodja. To spodbudi v možganih povišanje koncentracije živčnega prenašalca dopamina, v telesu nastalih opioidov in endorfinov ter vpliva na izražanje genov, kar v otroških možganih spodbuja rast predvsem desne prefrontalne skorje, ki je kasneje v življenju zadolžena za regulacijo čustev in nadzor nad izvršilnimi funkcijami. Negotova navezanost predstavlja otroku dolgotrajen in ponavljajoči se stres, na katerega se odziva na dva načina. V zgodnjih življenjskih obdobjih se otrok na negotovo navezanostjo odziva s stanjem vzbujenja simpatičnega avtonomnega živčevja in povečano aktivnostjo stresne osi. Posledica teh aktivnosti so trajno visoke vrednosti glukokortikoidov (stresnih hormonov npr. kortizola in adrenalina), ki povzročajo slabše delovanje, lahko pa tudi okvaro limbičnega sistema. V kasnejših življenjskih obdobjih pa se nevrobiološki odgovor na travmatične izkušnje v zgodnjem življenjskem obdobju kaže z vedenji kot so umik, odcepitev ali disociacija. Stanje disociacije, za katero je značilna visoka aktivnost parasimpatičnega avtonomnega živčnega sistema ter proizvodnja kortikosteroidov in endogenih opioidov v telesu, omogoča psihološki umik od bolečih

in neprijetnih čustev ter doživetij v situacijah, iz katerih se ni moč fizično odmakniti (42).

Desna možganska hemisfera ima tudi pri odraslih bistveno vlogo pri odzivanju v medosebnih odnosih. Študije so pokazale, da desna možganska hemisfera pri materah hitreje oceni izraz na otroškem obrazu ter se odzove na vidne, tipne in slušne dražljaje kot leva hemisfera. Zato tudi niso presenetljivi izsledki raziskav, ki so pokazali, da otroški jok pri materah aktivira desno hemisfero in da matere najpogosteje pestujejo otroka na levi strani telesa, pri tem nagovarjajo njegovo levo uho in na ta način stimulirajo otrokovo desno možgansko hemisfero (60).

### **Nevrobiološke posledice pri otrocih mater s poporodno depresijo**

Preživetje otrok v zgodnji otroški dobi je popolnoma odvisno od negovalca oz. skrbnika, posledično so otroci v tem obdobju veliko bolj občutljivi in ranljivi za potencialno tvegane dejavnike, ki vplivajo na njihovo duševno zdravje. Dolgotrajne nezadoščene čustvene potrebe otroka predstavljajo osnovo za razvoj negotove navezanosti, ki jo otrok ponotranji in posledično manj kot optimalno delovanje desne možganske hemisfere, predvsem orbitofrontalne skorje in limbičnega sistema, manjšo plastičnost možganov in nagnjenost k razvoju psihopatologije in še posebej somatizacijskih motenj kasneje v življenju (9). Pri otrocih, ki so bili v zgodnji otroški dobi izpostavljeni stresnim dogodkom in so posledično razvili negotovo navezanost, ugotavljajo dolgotrajne negativne izide na številnih področjih otrokovega razvoja: telesnem in duševnem zdravju, vključenosti v socialno okolje, medosebnih odnosih znotraj družine in na področju šolanja ter zaposlovanja. Ugotovljeno je, da imajo otroci z izkušnjo negotove navezanosti slabši kognitivni razvoj, v medosebnih stikih so izogibajoči in bolj razdražljivi, njihove prilagoditvene sposobnosti na spremembe v okolju pa so slabše razvite (61, 62, 63).

Na Danskem so izvedli obsežno študijo, v katero je bilo vključenih 6090 dojenčkov starih 18 mesecev. Pri 18% dojenčkov so ugotovili prisotne čustvene stiske, vedenjske težave, težave v prehranjevanju ali nočna prebujanja (64). Ugotovljena je bila tudi visoka prevalenca vedenjskih težav med predšolskimi otroki; na vzorcu 1887 predšolskih otrok iz Nemčije so ugotovili, da znaša prevalenca vedenjskih in čustvenih simptomov 12,4% (65). Nekatero vedenjske in čustvene težave odražajo razvojno obdobje, v katerem se otrok nahaja in so prehodne narave. V polovici

primerov pa ugotavljajo, da težave vztrajajo še leto po začetku opazovanja (64). Med rizične dejavnike štejemo biološko ranljivost otroka (avtizem, duševna manjrazvitost) in neugodne družinske psihosocialne dejavnike (duševna bolezen staršev, zloraba alkohola ali drog, šibka socialna varnost) (40).

Raziskave kažejo, da imajo otroci mater z depresijo v primerjavi z otroki mater brez depresije več negativnih vedenjskih vzorcev, v interakciji z materjo izražajo več negativnih čustev, manj pozitivnih čustev, opaziti je tudi manj besednega izražanja svojega čustvovanja in doživljanja, v osnovni šoli pa pri njih opažajo več psihopatologije kot pri njihovih vrstnikih (66, 67, 68). Otroci mater s poporodno depresijo so bolj razdražljivi ter v medosebnih stikih izogibajoči (69). V zadnjih letih opravljene metaanalize kažejo, da imajo otroci mater s poporodno depresijo večje tveganje za razvoj internalizirajočih težav, kot so anksioznosti in depresije kot tudi eksternalizirajočih težav: agresivnega ali opozicionalnega vedenja in neposlušnosti (24, 70, 71). Ugotovljeno je, da obstaja povezava med poporodno depresijo mater in otrokovim zaostankom v telesni rasti v prvem letu življenja, kljub temu, da so imeli otroci normalno porodno težo (72). V literaturi so opisane tudi druge nevrobiološke posledice otrok mater s poporodno depresijo: zaostanek v razvoju govora, nižji inteligentni kvocient, nižje dnevne vrednosti kortizola in spremenjena odzivnost stresne osi (73, 74, 75).

### **Intervencije – programi za starše**

Zdravljenje mater s poporodno depresijo poteka običajno individualno. Učinkovito zdravljenje, ki vključuje medikamentozno terapijo in/ali individualno psihoterapijo, zmanjša tveganje za razvoj težjih in kroničnih oblik depresij (76). Uspešno zdravljena in ozdravljena poporodna depresija ne zagotavlja tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ali boljšega kognitivnega in socialno-emoционаlnega razvoja otroka (77). Izkazalo se je, da imajo različne intervence ugoden vpliv na preprečevanje tako poporodne depresije kot tudi njenih negativnih posledic na nevrobiološki razvoj otroka.

Programi za starše so ciljno usmerjene kratkotrajne intervence, namenjene izboljšanju odnosa med starši in njihovim otrokom ter preprečevanju ali zdravljenju široke palete čustvenih težav otroka. Programi za starše so podprti s številnimi teoretičnimi pristopi (vedenjski, teorija navezanosti, psihodinamski modeli), zasnovani so kot individualne ali skupinske terapije in vključujejo številne tehnike: diskusije, igre

vlog, ogled video posnetkov in izvajanje domačih nalog (38, 78, 79). Metaanalize so potrdile izredno velik vpliv, ki ga imajo video posnetki kot del intervence v programih za starše, na zmanjšanje vedenjskih težav pri otrocih (80). Ugotovljeno je, da imajo pri intervencah v skupinskih pristopih največjo učinkovitost programi, ki v trajanju ne presegajo 16 tednov (81).

Pri izbiri najustreznejše intervence je potrebno upoštevati značilnosti intervence in oceniti ustreznost posamezne intervence za starše in otroka (82). Ugotovljeno je namreč, da vsi otroci s prisotnimi dejavniki tveganja za pojav negotove navezanosti in posledično eksternizirajočih težav slednjih ne razvijejo, kot se tudi učinkovitost intervence pri vseh otrocih ne izrazi v enaki meri. Učinek najuspešnejših intervenc je opaziti pri dveh tretjinah vključenih otrok, še posebej, če so ti iz skupin otrok z večjim tveganjem in je v tesni povezavi z genetskimi predispozicijami, temperamentom in fiziološkimi značilnostmi otroka (81, 82).

Ker ima starševstvo v zgodnji otroški dobi izredno velik pomen za dolgoročno čustveno in vedenjsko funkcioniranje otroka imajo zgodnje intervencije, namenjene podpori starševske vloge v prvih dveh letih otrokovega življenja, bistveno vlogo v zmanjševanju kasnejših socialnih in duševnih težav otrok in mladostnikov (83, 84). Večina do sedaj opravljenih raziskav se je usmerila v raziskovanje učinkovitosti programov za starše otrok med tretjim in osmim letom. Številne raziskave so potrdile uspešnost in učinkovitost posameznih programov za starše, od katerih imajo nekateri programi za seboj več desetletne izkušnje. Dokazano je, da zmanjšujejo vedenjsko in čustveno simptomatiko otrok, njihova učinkovitost pa je časovno omejena, najverjetneje zaradi hitrih sprememb v razvoju otrok v zgodnji otroški dobi (85). Številne raziskave so potrdile učinkovitost v izboljšanju psihosocialnega funkcioniranja mater, saj imajo programi za starše pozitiven vpliv na materino samopodobo in vplivajo na zmanjšanje anksioznih in depresivnih simptomov (86). Smernice National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) podpirajo uporabo programov za starše pri otrocih, ki imajo vedenjske probleme med tretjim in desetim letom (87).

### **Programi za starše pri materah s poporodno depresijo**

Pregled literature in opravljenih raziskav pokaže, da je število z dokazi podprtih intervenc, namenjenih odnosu med materjo s poporodno depresijo in

njenim otrokom, ki spodbujajo varno navezanost, zelo omejeno, vzorci statistično značilnih študij so majhni ali pa so rezultati dolgoročnega spremljanja učinka intervence pomanjkljivi ali odsotni (88).

Na področju univerzalnih intervenc, ki so namenjene splošni populaciji, s presejalnimi testi identificiramo večji delež poporodnih depresij. Same univerzalne intervence (izobraževanje otročnic, masaže, VKT ...) pa so relativno neučinkovite, saj kot kažejo študije, ne zmanjšajo pojavnosti poporodne depresije in nimajo pozitivnega vpliva na nevrobiološki razvoj otrok (89, 90).

Selektivne intervence, namenjene materam z dejavniki tveganja za pojav poporodne depresije (predhodne depresivne epizode, družinska obremenjenost z depresijo, nezaposlenost in nizki družinski prihodki, težave v partnerskem odnosu, matere novorojenčkov na intenzivnih enotah...), imajo minimalen učinek na razpoložensko motnjo matere in interakcijo med materjo in otrokom (5, 91, 92). Kognitivno-vedenjska terapija ima dokazan vzpodbuden vpliv na nevrobiološki razvoj otroka, vendar so potrebne nadaljnje raziskave. Večinski del do danes opravljenih raziskav ni potrdil učinkovitosti selektivnih intervenc v preprečevanju poporodne depresije, prav tako ni potrjen kratki ali dolgoročni vpliv selektivnih intervenc na izid materine bolezni ali njenih posledic na nevrobiološki razvoj otroka (93, 94).

Kot uspešne so se izkazale indicirane intervence, namenjene otrokom mater s poporodno depresijo in otrokom z dejavniki tveganja za nastanek ali že prisotnima negotovo ali dezorganizirano navezanostjo. Pozitiven učinek na matere s poporodno depresijo ima zdravljenje v skupinah, ki uspešno zmanjšuje stigo in socialno izolacijo ter omogoča medsebojno delitev izkušenj ter razbremenitev stisk in strahov, nima pa učinka na izid materine bolezni ali njenih posledic na nevrobiološki razvoj otroka. Med zgodnje indicirane intervence, ki podpirajo in spodbujajo povezovalno in senzitivno interakcijo med materjo s poporodno depresijo in otrokom, uvrščamo individualne in diane psihoterapevtske intervence (91).

Individualna psihoterapija, namenjena materam s poporodno depresijo, ugodno vpliva na interakcijo med materjo in otrokom ter zmanjšuje stres, povezan s starševsko vlogo, in izraženost depresivnih simptomov pri materi (95). Med nosečnicami in otročnicami so vse bolj raziskovani vplivi čuječnosti. Dojenčki mater, ki so med nosečnostjo izvajale vaje čuječnosti, so izražali manj težav na področju samoregulacije čustev (96). Pri materah s poporodno



depresijo, ki so izvajale vaje čuječnosti, so bili depresivni simptomi manj izraženi kot v kontrolni skupini (97). Raziskave, ki bi potrdile ugoden vpliv čuječnosti na povezovalni odnos med materejo in otrokom, še niso bile opravljene. Pomembno mesto pri zdravljenju mater s poporodno depresijo ima tudi kognitivno-vedenjsko terapijo. Študije so potrdile pozitiven vpliv kognitivno-vedenjske terapije na kognitivni in socialno-emocionalni razvoj otroka mater s poporodno depresijo (98, 99).

Izsledki številnih študij, ki so se osredotočili na učinkovitost indiciranih intervenc, usmerjenih v diadni odnos med materjo s poporodno depresijo in njenim otrokom, so pokazali veliko učinkovitost psihoterapevtskih intervenc, kamor so bile vključene matere skupaj z otroki. Ugodne učinke sta pokazala dva programa, in sicer: Toddler-Parent Psychotherapy (TPP) ter Child Parent Psychotherapy (CPP).

**Toddler-Parent psychotherapy (TPP)** je psihoanalitična intervencija, usmerjena na odnos med materjo in otrokom, ki je izpostavljen tveganju za negotovo navezanost. Namen TPP je preprečiti razvoj negotove navezanosti ali preoblikovati negotov navezovalni odnos v varno in stabilno navezavo. Matere z izraženimi anksioznimi ali depresivnimi simptomi, travmatizirane matere ali matere, ki s svojimi otroki grdo ravnajo ali jih trpinčijo, enkrat tedensko s svojim otrokom obiščejo seanso s psihoterapevtom. Glavni namen TPP je matere naučiti prepoznati negativne izkušnje iz njihovega otroštva in z njimi povezati pogojenost sedanjega načina vedenja in interakcij z njihovim otrokom ter posledično situaciji ustrezno intepretirati vedenje njihovega otroka (100).

Pri materah s poporodno depresijo in njihovih otrocih (ob vključitvi so imeli 20 mesecev), vključenih v TPP, so študije potrdile večji delež varne navezanosti med otrokom in materjo s poporodno depresijo v primerjavi s kontrolno skupino. TPP ugodno vpliva tudi na izboljšanje inteligenčnega kvocienta pri otrocih mater s poporodno depresijo (101). Študije so potrdile pomembno vlogo genetske variabilnosti tako pri občutljivosti za obolevnost za poporodno depresijo kakor tudi pri odzivnosti na ponujeno intervenco (102).

**Child-Parent Psychotherapy (CPP)** je z dokazi podprta psihoterapevtska intervencija, primarno namenjena odnosu med travmatizirano materjo in njenim otrokom. Ugotovljeno je, da bistveno izboljša funkcioniranje žensk, ki so bile izpostavljene nasilju, so travmatizirane ali pa so v poporodnem obdobju zbolele za poporodno depresijo ali PTSD. CPP ima ugoden vpliv na materino doživljanje materinske

vloge in posledično pozitivno učinkuje na nevrobiološki razvoj otroka (103).

Številne študije so proučevale vpliv masaže dojenčka na njegov nevrobiološki razvoj. Študije zaenkrat niso potrdile, da ima masaža dojenčka med šestim in osmim mesecem (taktilna stimulacija) kakršenkoli vpliv na navezovalni odnos med materjo in otrokom ali na nevrobiološki razvoj otroka (104).

### **Programi za starše, ki promovirajo varno navezavo**

V Kaliforniji je oddelek za socialne službe razvil orodje California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CECB). Orodje je namenjeno kritičnemu iskanju, izbiri in vpeljavi z dokazi podprtih in učinkovitih programov, ki izboljšujejo varnost otrok, stabilnost in povezanost družine ter promovirajo dobro počutje otroka in njegove družine (105). Pregled literature in ovrednotenje CECB je najvišje na lestvici programov, ki krepijo vez med otrokom in starši ter posledično vzpodbujajo otrokov kognitivni, socialni in čustveni razvoj ter vplivajo na duševno zdravje otrok, uvrstil tri programe: The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), Neverjetna leta (Incredible Years – IY) in Krog varnosti (Circle of Security – COS) (39, 105). Zadnja omenjena programa potekata tudi v Sloveniji. Do otrokove starosti treh let je trenutno nekaj dokazov o učinkovitosti samo za programa ABC in COS, za starejše otroke pa ima zelo veliko dokazov o učinkovitosti IY. Učinkovitost omenjenih programov na populaciji mater s poporodno depresijo še ni znanstveno dokazana. Trenutno poteka pilotska študija, ki proučuje vpliv programa Krog varnosti (Circle of Security – COS) v populaciji mater s poporodno depresijo na obliko navezave med materjo in otrokom (106).

### **Neverjetna leta (Incredible Years – IY)**

Neverjetna leta (Incredible Years) je eden izmed programov, ki je zasnovan na teoriji navezanosti, teoriji samoučinkovitosti in modelu socialnega učenja. Prihaja iz Združenih držav Amerike, njegova avtorica je Carolyn Webster-Stratton. Program je kot tarčna ali univerzalna intervencija, namenjena staršem otrok od rojstva do dvanajstega leta, ki se srečujejo s težavnim vedenjem svojih otrok. Treninzi Neverjetna leta na enostaven in razumljiv način staršem predstavljajo večino pozitivnega starševstva.

V programu treningov starševstva obiskujejo starši skupine enkrat tedensko z dvema usposobljenima moderatorjema. Delo v skupini vključuje postavljanje



individualnih ciljev, igre vlog, samorefleksijo, povratne informacije s strani moderatorjev in domače aktivnosti. Omogoča priložnost, da starši razvijajo nove strategije za uravnavanje vedenja svojih otrok. Ob predvajanju video posnetkov imajo starši možnost izmenjave idej in reševanja problemov. Starši na vsakem srečanju dobijo povzetek obravnavane teme, aktivnosti, ki jih vadijo doma z otrokom in kratke zapiske z najpomembnejšimi točkami (107).

Treningi starševstva Neverjetna leta so eden izmed programov z največ dokazi o učinkovitosti v preprečevanju vedenjskih motenj pri otrocih (79, 108). Program krepi vez med otrokom in starši, vzpodbuja otrokov kognitivni, socialni in čustveni razvoj, boljše učne dosežke ter dolgoročno vpliva na duševno zdravje otrok (109,110).

Večina do sedaj opravljenih študij je ugotavljala učinkovitost programa Neverjetna leta pri otrocih starejših od treh let. Objavljena je le ena raziskava, ki je proučevala učinkovitost programa IY pri otrocih mlajših od treh let. Ugotovili so, da program IY – Toddlers-Parent Programme spodbudno vpliva na govorno odzivanje otroka in ima pozitiven učinek na verbalno komunikacijo otroka (111). Na Danskem je bila opravljena randomizirana kontrolirana študija, ki ni potrdila učinkovitosti programa Neverjetna leta kot univerzalne preventivne intervencije pri materah brez duševne motnje in njihovih otrocih, ki so ob vključitvi mlajši od štirih mesecev (112).

V Sloveniji od leta 2015 poteka pilotski projekt Neverjetna leta. Program NY, ki se v celoti financira iz sredstev norveškega finančnega mehanizma, izvaja trening starševstva v devetih organizacijah širom Slovenije in je za starše brezplačen. Srečanja potekajo enkrat na teden po dve uri, trajajo pa od dvanajst do šestnajst tednov (113).

### **Krog varnosti (Circle of Security – COS)**

Glen Cooper, Kent Hoffman in Bert Powell so avtorji programa Krog varnosti – Circle of Security™ (COS™), ki je namenjen zgodnjemu učenju staršev boljšega razumevanja svojega otroka in vzpostavitvi varnega odnosa z otrokom. Program je sprva obsegal dvajset tedenskih terapevtskih skupin za starše, zaradi intenzivnosti za starše ni bil široko dostopen. To je vodilo k razvoju krajše verzije programa COS, ki vključuje osemtedenski protokol za starše trajanja 90 minut imenovan Circle of Security – Parenting (COS-P).

Na srečanjih se starši spoznajo s temami, ki so osnova za razvoj zdravega odnosa med starši in otrokom

(otrokove razvojne potrebe, čustvovanje, vloga staršev v različnih obdobjih, prepoznavanje odzivov pri starših samih). Vsako srečanje se začne z ogledom dvajsetminutnega video posnetka, ko starše vzpodbudijo, da sprejmejo vlogo opazovalca tujega otroka in staršev na posnetku, da so pozorni na vedenje in čustvovanje otrok na filmu, kot tudi na svoje lastno doživljanje in odzive. Starši na ta način krepijo svoje sposobnosti opazovanja otrokovega čustvovanja, potreb in lažje prepoznajo sporočila, ki jih otrok ponuja okolici preko svojega vedenja. Program staršev ne vzpodbuja k iskanju rešitve in načina za spremembo, temveč k razumevanju otrokovega vedenja kot izraz njegovih potreb. S poznavanjem značilnosti odnosa naj bi se starši lažje izognili razvoju nevarne navezave med njimi in otrokom (114, 115, 116).

Opravljenе študije so pokazale, da je COS ena izmed indiciranih intervencij, ki dokazano izboljšuje varno navezanost, stabilnost in povezanost družine (36). Potrjena je tudi njena učinkovitost na zmanjšanje depresivnih simptomov pri materah, vključno z materami, ki imajo duševno motnjo ali preživljajo zaporno kazen (117, 118). Trenutno poteka na Danskem randomizirana – kontrolirana študija, ki želi ugotoviti, kakšen vpliv ima kratkoročna indicirana intervencija COS-P v populaciji mater s poporodno depresijo na materino občutljivost do potreb otroka in na obliko navezanosti med starši in otrokom (103).

V Sloveniji izvajajo program COS le kot samoplačniško storitev v Ljubljani.

### **The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)**

Program za starše The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) je zasnovala Mary Dozier in temelji na teoriji navezanosti ter vplivu stresa na nevrobiološki razvoj otroka. Namenjen je staršem otrok, ki so bili izpostavljeni zanemarjanju, zlorabi ali nasilju od rojstva do drugega leta. Program je sestavljen iz desetih srečanj v trajanju 60 do 90 minut, ki ga vodi usposobljen moderator. Slednji s starši pregleduje video material, ki je bil posnet na domu starša in otroka, in z njimi osvetli starševske prednosti in šibke točke ali pa pohvali ustrezno odzivanje starša na otrokove potrebe. Program ABC pomaga starše vzpodbuditi k skrbnemu negovalnemu odnosu do otroka, ki zaradi preteklih neugodnih izkušenj starševsko nego odklanja in/ali se ljubeča starševska skrb in nega za otroka ne odvijata po spontani, naravni poti. ABC program starše vzpodbuja k doslednemu vedenju in postopanju v vseh okoliščinah s poudarkom na

zmanjšanju njihovega nepredvidljivega in do otroka zastrašujočega vedenja, kar otroku omogoča razvoj optimalnih strategij uravnavanja njegovih čustev (119).

Študije so potrdile, da ima ABC intervencija ugoden in pozitiven vpliv na oblikovanje varnejše in bolj stabilne navezanosti med otrokom in staršem, v primerih kjer je bila navezanost predhodno nevarna ali dezorganizirana (120). Pri otrocih, ki so bili vključeni v intervencijo ABC programa, ugotavljajo normalno krivuljo nihanja kortizola preko celega dne in ob izpostavitvi stresu (121).

Programa ABC zaenkrat v Sloveniji še nimamo.

### **Zaključek**

V zadnjih desetletjih je teorija navezanosti s pomočjo množice novih raziskav dobila vedno več potrditev in dokazov, da ustrezno razlaga tako otrokov razvoj kot razvoj odrasle osebnosti. Novejše raziskave predvsem nevropsiholoških znanosti ugotavljajo in potrjujejo nevrobiološke osnove za opažanja Bowlbyja in njegovih sodobnikov.

Za zdrav razvoj in zorenje možganov so potrebni pravšnja mera spodbude in nelagodja, dober zgled, sledenje lastnim strastem in občutek varnosti. Prav zaradi tega je kvaliteta navezovalnega odnosa med starši in otrokom ključna za zdrav čustveni, kognitivni in socialni razvoj otroka. Varno navezani otroci razvijejo večjo sposobnost empatije, imajo bolj zadovoljujoče odnose z vrstniki in starši, so samozavestnejši in lažje obvladujejo svoja čustva kot otroci, ki niso odraščali v varni navezanosti s starši. Vse naštetu predstavlja materam s poporodno depresijo, ki so v svoji materinski vlogi izredno negotove, velik izziv in neznajdenost, kar še dodatno krepi občutke krivde in nizke samopodobe. Otroci mater, obolelih za poporodno depresijo, so izpostavljeni velikemu tveganju za razvoj negotove navezanosti v zgodnjem življenjskem obdobju. Zato je izrednega pomena zagotoviti materam s poporodno depresijo in njihovim otrokom dostopnost do ustreznih in učinkovitih intervencij, ki bodo izboljšale odnos med materjo in otrokom v otrokovem zgodnjem življenjskem obdobju.

Pregled literature je osvetlil široko raziskovano področje številnih in raznolikih intervencij, ki so v tujini na voljo strašem z ali brez duševne motnje. Številne študije so potrdile uspešnost in učinkovitost posameznih programov za starše, od katerih imajo nekateri programi za seboj večdesetletne izkušnje. Med zgodnje indicirane intervencije, ki podpirajo in spodbujajo navezovalni odnos med materjo

s poporodno depresijo in otrokom, uvrščamo individualno psihoterapijo namenjeno materam, kognitivno-vedenjsko terapijo in psihoterapevtske intervence, kamor so vključene matere skupaj z otroki.

Študije so kot učinkovite prepoznale številne programe za starše, večina izmed njih ima pozitiven vpliv na interakcijo med materjo in otrokom, zmanjšuje stres, povezan s starševsko vlogo, ter izraženost depresivnih simptomov pri materi. Najvišje na lestvici programov, ki krepijo vez med otrokom in starši ter vplivajo na duševno zdravje otrok, uvrščamo tri programe starševstva, med njimi tudi program Neverjetna leta in program Krog varnosti. Dostopnost omejenih programov je slovenskim materam zelo omejena, tako geografsko in finančno kot tudi z vidika slabše seznanjenosti strokovne javnosti s potrebami mater s poporodno depresijo in posledično majhnih številom napotitev.

Intervencije, ki imajo dokazan pozitiven vpliv na navezovalni odnos med materjo in otrokom, predstavljajo izredno pomemben del v obravnavi matere s poporodno depresijo, saj lahko preprečijo ali omilijo številne težave malčkov, predšolskih otrok, mladostnikov in odraslih. V Sloveniji je to področje trenutno zapostavljeno, navkljub dejstvu, da se poporodna depresija pojavlja pri petini otročnic, in opažanju, da so razdiralno vedenje in duševne motnje med otroki in mladostniki v porastu. Razlogi za slednje so mnogoteri, sama kvaliteta navezovalnega odnosa je eden izmed njih, ki je istočasno tudi eden izmed tistih dejavnikov, na katere je moč vplivati. In prav zato je v Sloveniji nujno potrebno izdelati priporočila glede vpeljave treningov straševstva in drugih komplementarnih preventivnih programov na področju duševnega zdravja otrok.

## Reference

1. Brockington I. Obstetrics and gynaecological conditions associated with psychiatry disorder. V: Gelder MG, Andreasen NC, Lopez-Ibor JJ, Geddes JR, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry* Vol.2. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2009: 1122-23.
2. O'Hara M, McCabe J. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9:379-407.
3. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Med Razgl* 2005; 44: 139-145.
4. Hriberšek Ošep N. Depresivne motnje v nosečnosti in puerperiju (naloga za specialistični izpit). Psihiatrična bolnica Vojnik, 1999.
5. Meltzer- Brody S, Boschloo L, Jones I, et al. The EPDS- Lifetime: assesment of lifetime prevalence and risks factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. *Arch Womens Ment Health* 2014;16(6): 465-473.
6. Bronckington I. *Motherhood and Mental health*. Oxford University Press; 1996.
7. Josefsson A, Berg G, Nordin C, et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):251-5.
8. Fortner R, Pekow P, Dole N, et al. Risk factors for prenatal depressive symptoms among hispanic womwn. *Matern Child Health J* 2011; 15(8):1287-95.
9. Previti G, Pawlby S, Chowdhury S, et al. Neurodevelopmental outcome for offspring of women treated for antenatal depression; a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2014; 17:471-83.
10. Mowbray CT, Oysterman D, Zemenzuk J, Ross S. Motherhood for women with serious mental illness: pregnancy, childbirth and the postpartum period. *American Journal of Orthopsychiatry*; 1995;65: 21-38.
11. Mowbray CT, Oyserman D, Lutz C, Purnel R. Women: The ignored Majority. V: Spaniol L, Gagne C, Koehler M, editors. *Psychological and Social aspects of Psychiatric disability*. Boston: University Center for Psychiatric Rehabilitation, 2001; 171-194.
12. Diaz- Caneja A, Johson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2004; 39: 472-482.
13. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977; 86: 110.
14. Oyserman D, Bybee D, Mowbray C, Hart-Johnson T. When mothers have serious mantal health problems: parenting as a proximal mediator. *Journal of adolescent* 2005; 28: 443-463.
15. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe C,et al. Tuning into kids: Reducing young children behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry & Human Development* 2013; 44: 247-264.
16. Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, et al. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal od Affective Disorders* 2004; 78: 93-100.
17. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting among mothers with a serious mental illness. *The American journal of Orthopsychiatry* 2000; 70: 296-315.
18. Murray L, Fiori Cowley A, Hooper R. The impact of postnatal depression and associated adversity on the early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.* 1996; 67: 2512-2526.
19. Væver MS, Krogh MT, Smith-Nielsen J, Harder S. Measuring spatial proximity in the mother-infant interaction: A kinematic approach for the examination of the effects of maternal postpartum depression. *Infant Behav Dev* 2003; 36: 427-431.
20. Væver MS, Krogh MT, Smith-Nielsen J. Infants of depressed mothers show reduced gaze activity during mother- infant interaction at 4 months. *Infancy* 2015;16(1): 445-454.
21. Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolsc Psychiatry* 2003; 12: 75-83.
22. Shaun S, James E. Depression alters maternal extended amygdala response and functional connectivity during distress signal in attachment relationship. *Elsevier* 2017; 327: 290-296.

23. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61: 771-91.
24. Feldman R, Eidelman AI. Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Dev Psychobiol* 2007; 49: 290-302.
25. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-99.
26. Ethier L, Lacharite C, Couture G. Childhood adversity, parental stress and depression of neglecting mothers. *Child Abuse Negl* 1995; 19(5): 619-632.
27. Bradley R, Whiteside- Mansell L, Brisby J, et al. Parents socioemotional investment in children. *J Marriage Fam* 1997; 77-90.
28. Turney L. Labored love: examining the link between maternal depression and parenting behaviors. *Soc Sci Res* 2011; 40(1): 399-415.
29. Minkovitz C, Strobino D, Scharfstein D, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics* 2005; 115(2):306-314.
30. McLearn K, Minkowity C, Strbino D, et al. Maternal depressive symptoms 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(3): 279-284.
31. Kiernan K, Huerta M. Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *Br J Sociol* 2008; 59(4): 783-806.
32. Bowlby J. *A Secure Base*. London and New York: Routledge Classics; 2010.
33. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: PIMLICO; 1969
34. De Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):237-43.
35. De Hesse E, Main M. Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1097.
36. Barlow J, Schrader- McMillan A, Axford N, Wrigley Z, et al. Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children- a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health* 2016; 21: 11-20.
37. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach Hum Dev* 2000; 2(1): 23-47.
38. Pipp-Siegel S, Siegel CH, Dean J. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk II. Neurological aspects of the disorganized/disoriented attachment classification system: differentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. *Monogr Soc Res Child Dev* 1999; 64(3): 25-44.
39. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2008: 348-65.
40. Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH. Maternal stress beginning in the infancy may sensitize children to later stress exposure: effects in cortisol and behavior. *Biol Psychiatry* 2002; 52(8): 776-84.
41. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg M. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Dev Psychopathol* 1999; 11: 225-250.
42. Schore AN. The effects of early realtinal trauma on right brain development, affect regulation and infant health. Pridobljeno 20.10.2017 s spletne strani [http://www.biosynthesis-institute.com/print/schore\\_2.pdf](http://www.biosynthesis-institute.com/print/schore_2.pdf)
43. B Jelen Sobočan. Opazovanje zgodnjega otrokovega razvoja v domačem okolju- razvoj duševnosti in vivo. *Viceversa* 2014; 58; 10-15.
44. Quevedo K, Waters TE, Scott H, Roisman GI. Brain activity and infant attachment history in young men during loss and reward processing. *Dev Psychopathol* 2017; 29(2): 465-476.
45. Haslam RH A. Neural tube defects. V: Behrman RE, editor. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 2000: 10-37.



46. Huppi PS, Inder TE. Magnetic resonance techniques in the evaluation of the perinatal brain: Recent advances and future directions. *Seminars in Neonatology* 2001; 6: 195-210.
47. Bregant T. Razvoj možganov (Brain development). *Proteus* 2010; 73: 168-174.
48. Huttenlocher PR, Dabholkar AS. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology* 1997; 387: 167-178.
49. Bregant T. Razvoj, rast in zorenje možganov. *Psihološka obzorja* 2012; 21:51-60.
50. Moriguchia Y, Hirakic K. Longitudinal development of prefrontal function during early childhood. *Developmental Cognitive Neuroscience* 2011; 1:153-162.
51. Finlay BA, Darlington RB. Linked regularities in the development and evolution of mammalian brains. *Science* 1995; 268: 1578-1584.
52. Michael GF, Tyler AN. Critical period : A history from transitions of questions from when, to what, to how. *Developmental Psychobiology* 2005; 46: 156-10.
53. Fischer L, Ames WE, Chisholm K, Savoie L. Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development* 1997, 20: 67-82.
54. Rainecki C, Lucion AB, Weinberg J. Neonatal handling: an overview of the positive and negative effects. *Dev. Psychobiol* 2014; 56: 1631-25.
55. Ricon-Cortes M, McSullivan R. Early life trauma and attachment: immediate and enduring effects on neurobehavioral and stress axis development. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2014; 5:33.
56. Tucker-Drob EN, Harden KP. Early childhood cognitive development and parental cognitive stimulation: Evidence for reciprocal gene-environment transactions. *Developmental Science* 2012; 15: 250-259.
57. Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF. Early childhood adversity, toxic stress and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012;129: 224-31.
58. Currie J, Tekin E. Understanding the cycle childhood maltreatment and future crime. *J Hum Resour* 2012; 47: 509-49.
59. Luthi M, Meier B, Sandi C. Stress effects on working memory, explicit memory, and implicit memory for neutral and emotional stimuli in healthy men. Pridobljeno 19.10.2017 s spletne strani: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/neuro.08.005.2008/full>
60. Schore AN. Attachment, affect regulation and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review* 2005; 62(6): 204-217.
61. Shonkoff JP. Building a New Biodevelopmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy. *Child Dev* 2010; 81: 357-67.
62. Stein A, Person R, Goodman S et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800-19.
63. Brand S, Brennan P. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52:441-55.
64. Skovgaard AM, Olsen EM, Christiansen E, Houmann T, et al. Predictors (0-10 month) of psychopathology at age 1 ½ years- a general population study in the Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology Allied Disciplines* 2008; 49 (5):553-62.
65. Furniss T, Beyer T, Guggenmos J. Prevalence of behavioral and emotional problems among six year old preschool children: baseline results of a prospective longitudinal study. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006: 41(5): 394-9.
66. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Bosson Heenan J, et al. Are infant-toddler social, emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45(7): 849-58.
67. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development; a systemic review. *Child Psychiatry Hum. Dev* 2012;43: 683-714.
68. Deave T, et al. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG* 2008; 115: 1043-1051.

69. Essex MJ, Klein MH, Cho E, et al. Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biol Psychiatry* 2002; 52(8): 776-84.
70. Beck C. The effects of postpartum depression on maternal- infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res* 1995; 44: 298-305.
71. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Lapsley A. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-Analytic Study. *Child Dev* 2010; 81:435-56.
72. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, et al. Maternal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2011; 50: 460-470.
73. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 946-52.
74. Feldman R, Granat a, Pariente C et al. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation and stress reactivity. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 919-27.
75. Barry TJ, Murray L, Fearon R et al. Maternal postnatal depression predicts altered offspring biological stress reactivity in adulthood. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 52: 251-60.
76. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *British Journal of General Practice.* 1996; 46( 408): 427-428.
77. Goodman J, Tyer-Viola L. Detection, treatment and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of women's health* 2010; 19(3): 477-490.
78. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, et al. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009; 3. doi:10.1186/1753-2000-3-7.
79. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, et al. Behavioral and cognitive-behavioral group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Evid Based Child Health* 2013; 8(2): 318-692
80. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, et al. Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 904-916.
81. Roia A, Paviotti E, Ferluga V, et al. Promoting effective child development practices in the first year of life: does timing make a difference? *BMC Pediatr* 2014; 14: 222. doi:10.1186/1471-2431-13-222.
82. Barry W, Edginton E. Evidence- Based parenting interventions to promote secure attachment. *Glob Padiatr Health* 2016; 3:1-14.
83. Yim I, Tanner Stapleton L, Guardino C, et al. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systemic review and call for integration. *Annual review of clinical psychology* 2015; 11: 99-137.
84. Drury SS, Scaramella L, Zeanah CH. The neurobiological impact of postpartum maternal depression: prevention and intervention approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25: 179-200.
85. Fonagy P. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(2): 124-50.
86. Marmot M. Fair society, healthy live: strategic review of health inequalities in England post-2010. *The Marmot Review: London, 2010.*
87. Barlow J, Bergman H, Kornor H, Wei Y, et al. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 1(8). doi:10.1002/14651858. CD 003638.
88. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, et al. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Review* 2014, Issue 5. doi:10.1002/14651858.CD002020.
89. National Institute for Health and Clinical Excellence. Parent training/ Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders. London: NICE 2006.

90. Dennis C, Hodnett E, Kenton L, et al. Effect of peer support in prevention of postnatal depression high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 2009; 338. doi.org/ 1136/bmj.a3064.
91. Dennis C. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005; 331 (7507): 15. doi.org/10.1136/bmj.331.7507.15.
92. Dudas R, Csator dai S, Devosa I, et al. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research* 2012;2 00(2): 323-328.
93. Thirkheli N, Cherry A, Tackett A, et al. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health* 2014; 6:975-87.
94. Urizar G, Munoz R. Impact of prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36(10): 1480-1494.
95. Letourneau N, Stewart M, Dennis c, et al. Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among women with postpartum depression: a randomized trial and economic evaluation. *Int J Mental Health Nursing* 2012; 20(5): 307-379.
96. Spinelli Mg, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting educational program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry* 2003; 169(3):555-562.
97. Van den Heuvel M, Johannes M, Henrichs J, et al. Maternal mindfulness during pregnancy and infant socio-emotional development and temperament. The mediating role of maternal anxiety. *Early human Development* 2015; 91(2): 103-108.
98. Ahmadpanah M et al. Influence of adjuvant detached mindfulness and stress management training compared to pharmacologic treatment in primiparae with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2017;1. doi: 10.1007/s00737-017-0753-6.
99. Verduyn C, Barrowclough C, Roberts J, et al. Maternal depression and child behaviour problems: Randomised placebo-controlled trial of a cognitive-behavioral group intervention. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 183(4): 342-348.
100. Early Intervention Foundation. EIF Programme Report- Toddler and Parent Intervention. Pridobljeno 11.09.2017 s spletne strani: <http://www.eif.org.uk/wpcontent/uploads/2016/07/Toddler-Parent-Psychotherapy.pdf>
101. Toth S, Rogosch F, Manly J, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006;74(6): 1006.
102. Cicchetti D, Toth S, Handley E. Genetic moderation of interpersonal therapy efficiency for low-income mothers with major depressive disorder. Implications for differential susceptibility. *Development and Psychopathology* 2015;27(01): 19-35.
103. Lavi I, Gard A, Hagan M, et al. Child-Parent psychotherapy examined in a perinatal sample: depression, PTSD and child-rearing attitudes. *Journal of social and clinical psychology* 2015;34(1): 64-82.
104. Bennet C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. doi: 10.1002/14651858.Cd005038.pub3
105. The California Evidence-Based Clearinghaus. Information and Resources for Child Welfare Professionals. Pridobljeno 12.09.2017 s spletne strani <http://www.cebc4cw.org/leadership/overview/>
106. Dehghani M, Malekpour M, Abedi A, et al. The efficacy of circle of security on attachment and well-being in preschool children. *Management Science Letters* 2014; 4: 607-12.
107. The Incredible Years. Pridobljeno 06.09.2017 s spletne strani <http://incredibleyears.com/programs/>
108. Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 901-13.

109. Hurlburt MS, Nguyen K, Reid J, et al. Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 31-43.
  110. Little M, Social T, Kingdom U. The impact of three evidence-based programmes delivered in public system in Birmingham. *UK Int J Conf Violence* 2012; 6: 260-72.
  111. Gridley N, Hutchings J, Baker- Henningham H. The Incredible Years Programme and parental language: a randomised controlled trial. *Child Care Health Dev* 2014;41:103-11.
  112. Pontoppidan M., Klest KS, Sandoy TM. The Incredible Years parents and babies program: A pilot randomized controlled trial. Pridobljeno 20.10.2017 s spletne strani <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167592>
  113. Neverjetna leta. Treningi straševstva. Pridobljeno 12.09.2017 s spletne strani <http://neverjetna-leta.si>.
  114. Zanetti C, Powell B, Cooper G, Hoffman KT. The Circle of Security intervention: Using the therapeutic relationship to ameliorate attachment security. V: Solom J, George C (editors). in *disorganized dyads. Disorganized attachment and caregiving*. New York: Guilford Press, 2011: 318-342.
  115. Krog Varnosti. Pridobljeno 08.09.2017 s spletne strani: [www.krogvarnosti.si](http://www.krogvarnosti.si).
  116. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers and preschoolers attachment classifications.: The circle of security intervention. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1017-53.
  117. Cassidy J, Woodhouse S, Sherman LJ, Stupica B , et al. Enhancing infant attachment security: an examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Dev Psychopathol* 2011; 23: 131-148.
  118. Væver MS, Smith-Nielson J, Lange T. Copenhagen infant mental health project: study protocol for a randomized controlled trial comparing circle of security- parenting and care as usual as interventions targeting infant mental health risks. *BMC Psychology* 2016;4:57.
  119. The California Evidence-Based Clearinghaus. Information and Resources for Child Welfare Professionals. Pridobljeno 11.09.2017 s spletne strani <http://www.cebc4cw.org/program/attachment-and-biobehavioral-catch-up/detailed>.
  120. Bernard K, Dozier M, Bick J, et al. Enhancing attachment organization among maltreated children: results randomized clinical trial. *Child Dev* 2012; 83: 623-636.
  121. Dozier M, Lindhiem O, Lewis E, et al. Effects of a foster parent training program on young children's attachment behaviors: preliminary evidence from randomized clinical trial. *Child Adolesc Soc work J* 2009; 26: 321-332.
-