



Anksioznost v peripartalnem obdobju

Anxiety in peripartum period

Polona Rus Prelog,^{1,2} Maja Rus Makovec^{1,2}

Izvleček

Nosečnost je za ženske občutljivo obdobje, ki ga spremljajo pomembne fiziološke in duševne spremembe tako na čustveni kot na biološki, tj. hormonski ravni. Anksioznost je v obdobju tako velikih sprememb do neke mere normalen in prilagoditveni odgovor na situacijo. Vendar pa nekatere nosečnice izkusijo visoko raven anksioznosti, ki doseže stopnjo klinično pomembne motnje. Anksiozne motnje, ki se v peripartalnem obdobju najpogosteje pojavljajo, so generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, fobije, obsesivno-kompulzivna motnja in posttraumatska stresna motnja. Pretekla anamneza razpoloženjskih in/ali anksioznih motenj je med najmočnejšimi napovedovalci razvoja peripartalne anksioznosti. Čeprav raziskovalno zanimanje za anksiozne motnje v peripartalnem obdobju narašča in vemo več o značilnostih in diagnostificirani ravni, pa so dokazi o klinični obravnavi – tako farmakološki kot nefarmakološki – še vedno omejeni. Tveganje in korist uvedbe farmakološkega zdravljenja vedno individualno pretehtamo. Prepoznavanje in obravnava anksioznosti med nosečnostjo sta bistvenega pomena in delujeta preventivno za psihiatrične motnje po porodu. Poporodna anksioznost matere lahko tudi pomembno ovira proces navezovanja matere in otroka, kar posredno tudi vpliva na razvoj otroka. Pri nosečnicah, ki so v psihiatrično obravnavo že vključene zaradi obravnavane duševne motnje, pa je sledenje, podpora in dobro interdisciplinarno sodelovanje lečечеge psihiatra in ginekološke službe nujno potrebno.

Abstract

Pregnancy is a sensitive period for women, accompanied by significant physiological and psychological changes at the emotional and biological, hormonal levels. Anxiety is, to some extent, a normal and adaptive response to the situation during such a significant change. However, some pregnant women experience high levels of anxiety that reach the level of a clinically significant disorder. The anxiety disorders most common in the peripartum period are generalised anxiety disorder, panic disorder, phobias, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. A history of mood and/or anxiety disorders is among the strongest predictors of the development of peripartum anxiety. Although research interest in peripartum anxiety disorders is growing and we know more about the characteristics and diagnosis, evidence on clinical management - both pharmacological and non-pharmacological - is still limited. The risks and benefits of introducing pharmacological treatment are always weighed individually. Identifying and treating anxiety during pregnancy is

¹ Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

² Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana, Slovenija

Korespondenca / Correspondence: Polona Rus Prelog, e: polona.rus@psih-klinika.si

Ključne besede: anksiozne motnje; strah pred porodom; depresija; ženske; nosečnost

Key words: anxiety disorders; fear of childbirth; depression; women; pregnancy

Prispelo / Received: 18. 6. 2022 | **Sprejeto / Accepted:** 10. 5. 2023

Citirajte kot/Cite as: Rus Prelog P, Rus Makovec M. Anksioznost v peripartalnem obdobju. Zdrav Vestn. 2023;92(9–10):384–97. DOI: <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3377>



Avtorske pravice (c) 2023 Zdravniški Vestnik. To delo je licencirano pod Creative Commons Priznanje avtorstva-Nekomercialno 4.0 mednarodno licenco.

essential and represents prophylaxis against postnatal psychiatric disorders. Postnatal maternal anxiety can also significantly interfere with the mother-child attachment process, thus indirectly affecting the child's development. However, for pregnant women who are already involved in psychiatric treatment for a psychiatric disorder, follow-up, support and tight interdisciplinary cooperation between the treating psychiatrist and gynaecological service are essential.

1 Uvod

Nosečnost je za ženske občutljivo obdobje, saj se v tem obdobju zgodijo pomembne fiziološke in duševne spremembe, tako na čustveni kot na biološki, tj. hormonski ravni. Zato lahko gre za tvegano obdobje za mnoge ženske z duševnimi motnjami ali za tiste, pri katerih je nosečnost tveganje, da se sproži duševna motnja. V nosečnosti raven estrogena v serumu lahko naraste do 100-kratne vrednosti in progesterona do 1000-kratne. Anksioznost je v obdobju tako velikih sprememb do neke mere normalen in prilagoditveni odgovor na situacijo, vendar pa nekatere nosečnice izkusijo visoko raven anksioznosti, ki doseže stopnjo klinično pomembne motnje. Ni nenavadno, da imajo nosečnice skrbi glede različnih vidikov nosečnosti. Pri nekaterih ženskah pa je zaskrbljenost tako izrazita, da ovira njihovo vsakdanje življenje. Medtem ko nekatere ženske med nosečnostjo prvič doživijo anksiozno motnjo, je pri tistih z že obstoječimi anksioznimi motnjami večja verjetnost, da bo med nosečnostjo prišlo do poslabšanj (1). Čeprav je dolgo veljalo, da je nosečnost za duševne motnje zaščitno obdobje, pa raziskave kažejo, da to za anksiozne in depresivne motnje ne drži (2,3,4).

Anksioznost je v obdobju nosečnosti sicer pogosta, a večkrat tudi manj prepoznana oz. diagnosticirana in obravnavana. Klinično pomembna anksioznost lahko vztraja tudi po porodu in pomembno ovira navezovalni proces matere in otroka. Povezana je tudi s povečanim tveganjem za razvoj drugih bolezni, predvsem depresije, in pomembno vpliva na zdravje nosečnice in otroka (3,4). Anksioznost v zadnji tretjini nosečnosti lahko napoveduje poporodno depresijo in je, če je ne zdravimo, povezana z različnimi slabimi izidi (2). Opisane so številne posledice (1), kot so: prezgodnji porod, težave pri navezovanju in različne motnje v razvoju otroka (5,6). Raziskave npr. kažejo, da imajo ženske z nezdravljeno panično motnjo (PM) med nosečnostjo višje tveganje, da bodo rodile otroke v zgodnejši gestacijski starosti in z izrazito nižjo porodno težo (7).

Peripartalno obdobje je v zadnjem obdobju tudi predmet naraščajočega raziskovalnega zanimanja v psihiatriji. V preteklosti so se študije osredinile predvsem na poporodno obdobje – poporodno depresijo in psihozo, manj pa na obdobje nosečnosti. Poporodno obdobje

je znano obdobje povečane ranljivosti za razpoložensjske motnje, še posebej za poporodno depresijo (8), anksiozne motnje pa se v obdobju nosečnosti in poporodnem obdobju, kljub veliki razširjenosti, manj proučujejo. Anksiozne motnje so pogosto pridružene depresiji, zato je razlikovanje med motnjami in njihovimi simptomi včasih lahko oteženo in privede do zgrešenih ali netočnih diagnoz ter neoptimalnega zdravljenja (9). Ker pa so stopnje razširjenosti peripartalne anksioznosti enakovredne, če ne celo večje od poporodne depresije (10,11), je človeško in finančno breme primerljivo.

2 Epidemiologija anksioznosti

Anksiozne motnje so med najpogostejšimi duševnimi motnjami. Njihova razširjenost v svetu dosega do 25 % (11). Za ženske je dvakrat bolj verjetno kot za moške, da bodo v svojem življenju razvile anksiozno motnjo. Ocenjujejo, da bo kar 20 % žensk doživelo anksiozno motnjo v prvih 12 mesecih po porodu (12). Pri nekaterih ženskah se bo to zgodilo prvič v življenju, pri drugih pa se bodo poslabšali obstoječi simptomi ali motnje (13). Žal pa je manj kot 15 % žensk s peripartalnimi duševnimi motnjami deležnih zdravljenja teh težav (14). To je lahko deloma posledica omejene pozornosti, posvečene peripartalni anksioznosti, sorazmernega pomanjkanja potrjenih presejalnih ukrepov in manjšega zavedanja zdravnikov o dejavniki tveganja.

Depresija in anksioznost sta najpogostejši duševni motnji med nosečnostjo. Do 12 % nosečnic zboli za depresivno motnjo in 13 % za anksioznostjo, ki mestoma dosega raven anksiozne motnje, mnogo žensk pa ima hkrati simptome obeh (15). Depresija in anksioznost prav tako prizadeneta 15–20 % žensk po porodu. Anksiozne motnje se lahko pojavijo samostojno ali skupaj z depresijo v nosečnosti in tudi v poporodnem obdobju; kar dve tretjini žensk s poporodno depresijo ima tudi anksiozno motnjo (5). Med anksioznimi motnjami se v peripartalnem obdobju najpogosteje pojavljajo: panična motnja (PM), generalizirana anksiozna motnja (GAM), obsesivno-kompulzivna motnja (OKM), posttravmatska stresna motnja (PTSM) in patološki strah pred porodom oz. tokofobija (6). Pri dveh tretjinah žensk z

anksioznostjo med nosečnostjo je motnja prisotna tudi po porodu. Heron je s sod. na velikem vzorcu ugotovil, da je 21 % nosečnic imelo klinično pomembne simptome anksioznosti in da je 64 % teh žensk imelo anksiozne simptome tudi po porodu (7). Tudi druge študije so dokazale višjo prevalenco anksioznih motenj v poporodnem obdobju v primerjavi s splošno populacijo (8). Prenatalna raven anksioznosti oziroma anksiozna motnja pa se je izkazala za najpomembnejši napovedni dejavnik za poporodno depresijo.

Glede posameznih anksioznih motenj je nedavni sistematični pregled z metaanalizo pokazal, da sta PM in OKM v primerjavi s stopnjami razširjenosti med ženskami v splošni populaciji pogostejša med nosečnostjo. Tako sta bili 3-odstotni stopnji razširjenosti PM in OKM med nosečnostjo višji od stopenj razširjenosti PM in OKM pri ženskah v splošni populaciji, ki sta znašali 1,6 % (16). Nasprotno pa so bile stopnje razširjenosti GAM, specifične fobije in PTSM med nosečnostjo nižje od stopenj življenjske prevalence teh motenj pri ženskah v splošni populaciji. Stopnja razširjenosti socialne anksiozne motnje med nosečnostjo (3 %) je bila podobna stopnji razširjenosti socialne anksiozne motnje pri ženskah v splošni populaciji (2,9 %) (17).

3 Dejavniki tveganja

Čeprav so bili v literaturi opredeljeni številni socialno-demografski in psihološki dejavniki tveganja za razvoj peripartalne anksioznosti, je teh študij malo, njihove ugotovitve pa niso dosledne. Raziskave kažejo, da so bolj ogrožene ženske z nižjo stopnjo izobrazbe, tiste z nižjimi dohodki (18,19) in matere, ki imajo manj socialne opore (20,21). Z večjo predispozicijo za razvoj anksioznosti že med nosečnostjo povezujejo tudi uporabo alkohola, cigaret, neželjeno ali nenačrtovano nosečnost, večje število otrok, zaplete v nosečnosti ter določene osebnostne značilnosti: nagnjenost k občutkom krivde, perfekcionizem in nizka samozavest (10,11,12).

Kar zadeva psihološke dejavnike tveganja, je pretekla anamneza razpoloženskih in/ali anksioznih motenj med najmočnejšimi napovedovalci razvoja peripartalne anksioznosti (22,5). Pri ženskah, ki so v otroštvu doživele zlorabo, obstaja večje tveganje za pojav prenatalne anksioznosti (23). Izpostavljajo tudi povezavo med disfunkcionalnim perfekcionizmom (npr. dvomi, starševska pričakovanja, zaskrbljenost zaradi napak) in poporodno anksioznostjo (24). Nenazadnje, slabo subjektivno ocenjeno materino spanje med nosečnostjo je bilo povezano z višjo stopnjo poporodne anksioznosti (25), čeprav nekatere študije niso ugotovile povezave (26).

Biološki dejavniki tveganja za peripartalno anksioznost še niso pojasnjeni, čeprav raziskovalno zanimanje zanje kot napovedne dejavnike anksioznosti v vzorcih splošne populacije narašča. Ti so lahko še posebej pomembni za peripartalno obdobje, saj se v zgodnjih fazah nosečnosti, od vgnezditev do drugega trimesečja, poveča raven provnetnih celic T-pomagalk in njihovih interleukinov (npr. interleukin-6, tumor nekrotizirajoči faktor-alfa). Ti lahko stimulirajo hipotalamično-hipofizno-adrenalno (HPA) os in povišajo krožeči kortizol (27), kar je povezano s povečano anksioznostjo tako pri populaciji, ki ni v puerperiju, kot tudi v puerperiju. Hiperaktivnost HPA preučujejo v povezavi z nevrobiologijo anksioznosti in depresije (28). Glede na intenzivne hormonske spremembe, ki se pri ženskah zgodijo med nosečnostjo na osi HPA (29), je to področje morda vredno nadaljnjih raziskav.

4 Klinična slika

Simptomi anksioznosti med nosečnostjo ali v poporodnem obdobju lahko vključujejo konstantne skrbi, živčnost, tesnobo, utrujenost, nemirne noge, pretirane skrbi ali pretirano pozornost do otroka, skrajno negotovost, katastrofične misli o prihodnosti, nespečnost, distraktibilnost in slabo koncentracijo, motnje spanja in apetita, občutek izgube spomina in fizične simptome, kot so omotičnost, navali vročine, bruhanje in slabost (6). Študije so pokazale, da so z anksioznostjo med nosečnostjo lahko povezani tudi: pretirana slabost in bruhanje, več bolniških odsotnosti med nosečnostjo, več obiskov pri ginekologu, preeklampsija, spontani prezgodnji porodi, porod pred rokom, nizka porodna teža, nižje ocene APGAR, težave z dojenjem, bolj težavni porodi, več elektivnih carskih rezov, večja možnost za razvoj simptomov PTSM po porodu, več sprejemov na neonatalni oddelek (30,31).

Nekatere spremembe v duševnem delovanju so sicer normalen del nosečnosti in poporodnega obdobja, zato je potrebna previdnost in pozorna ocena konteksta, v katerem se posamezni simptomi pojavijo; takšen simptom je npr. sprememba apetita, ki je slab kazalec depresije v nosečnosti in poporodnem obdobju (32), medtem ko so motnje spanja, utrudljivost, izguba libida in anksiozne misli o otroku lahko tudi del duševne motnje (6,33,34).

4.1 Klasifikacija

Diagnoze oz. diagnostične kategorije anksioznosti v peripartalnem obdobju sicer niso posebej opredeljene v psihiatrični klasifikaciji DSM-5 (35) ali v MKB-10;

DSM-5 pa uvede specifikator oz. označevalec, poimenovan »z začetkom v peripartalnem obdobju«, ki ga lahko pripišemo ob zadnji epizodi duševne motnje (depresije, bipolarni motnje, distimije), ki se je pojavila med nosečnostjo in v štirih tednih po porodu. Ta označevalec se lahko uporabi za trenutno ali, če trenutno niso izpolnjeni vsi pogoji za razpoložensko epizodo, zadnjo epizodo manije, hipomanije ali velike depresije pri bipolarni motnji I ali bipolarni motnji II, če se simptomi razpoloženja pojavijo med nosečnostjo ali v štirih tednih po porodu.

Čeprav se ocene razlikujejo glede na obdobje spremljanja po porodu, bo med 3 % in 6 % žensk doživelo začetek velike depresivne epizode med nosečnostjo ali v tednih ali mesecih po porodu. Dejansko se začne 50 % »poporodnih« velikih depresivnih epizod pred porodom, zato se te epizode skupno imenujejo peripartalne epizode. Pri ženskah s peripartalnimi velikimi depresivnimi epizodami je pogosto prisotna huda anksioznost in celo napadi panike. Prospektivne študije so pokazale, da simptomi razpoloženja in tesnobe med nosečnostjo ter t.i. »baby blues« povečujejo tveganje za poporodno veliko depresivno epizodo. Peripartalne epizode motenj razpoloženja pa se lahko pojavijo s psihotičnimi znaki ali brez njih. Po prvi epizodi poporodne motnje razpoloženja s psihotičnimi znaki je tveganje za ponovitev ob vsakem naslednjem porodu med 30 % in 50 %.

5 Posamezne anksiozne motnje

Anksiozne motnje, ki se v peripartalnem obdobju najpogosteje pojavljajo, so:

1. generalizirana anksiozna motnja (GAM),
2. panična motnja,
3. fobije,
4. obsesivno kompulzivna motnja (OKM),
5. posttravmatska stresna motnja (PTSM) (10).

5.1 Generalizirana anksiozna motnja

O epidemiologiji GAM v peripartalnem obdobju je malo podatkov, je pa nekaj dokazov, da je GAM pogostejša v nosečnosti in manj pogosta v poporodnem obdobju, še vedno pa so odstotki višji kot v splošni populaciji (6,33). Po eni od študij je 4,4 % nosečnic izpolnilo diagnostična merila, več kot 30 % pa jih je kazalo podprazne simptome (34).

Glavni simptomi GAM so: tesnoba, živčnost, utrujenost, pretirane, intruzivne in vztrajne skrbi, strah in pričakanje, da se bo zgodilo nekaj slabega, nezmožnost

prenašanja negotovosti, slabša koncentracija in osredinjavanje na stvari, mišična napetost, motnje spanja, občutek nemira, težave s prebavo, kot sta bruhanje in driska (10,35). 65 % bolnic z GAM ima pridružene psihiatrične motnje, najpogosteje depresijo, panično motnjo in agorafobijo. Študije poročajo, da je GAM bolj pogosta pri ženskah po porodu kot v splošni populaciji (12). V nosečnosti pa je GAM sicer težje diagnosticirati, saj je določena mera anksioznosti v nosečnosti normalno prisotna. Ni podatkov o poteku GAM (predhodno diagnosticirane) v nosečnosti.

5.2 Panična motnja

To je anksiozna motnja, ki jo označujejo ponavljajoči se panični napadi, ki trajajo vsaj 1 mesec. Napad panike je sicer lahko enkratni pojav, vendar veliko ljudi izkusi ponavljajoče se napade. Nekateri podatki kažejo, da nosečnost zaščiti pred to motnjo (vendar si študije niso povsem enotne), v zgodnjem poporodnem obdobju pa se ranljivost poveča, z ocenami med 0,5 in 1,5 % 6 tednov po porodu (1). Pri 11–29 % žensk s panično motnjo se je le-ta začela v poporodnem obdobju. Ženske z blagimi simptomi panične motnje pa so v poporodnem obdobju poročale o poslabšanju, najbolj v prvih 2 do 3 tednih in pogosto s pridruženimi depresivnimi simptomi (36). Znano je tudi, da se v predmenstruacijskem obdobju hormonskih sprememb simptomi panične motnje poslabšajo, zato nekateri pregledni članki poudarjajo hormonsko etiologijo anksioznosti in paničnih simptomov v poporodnem obdobju (10).

Glavni simptomi panične motnje so: hitro dihanje in hiperventilacija, palpitacije, razbijanje srca ali pospešen pulz, tresenje, tiščanje v prsih, potenje, občutek neresničnosti ali odmaknjenosti od okolice, občutek dušenja, slabost, omotica, občutek omedlevanja, mravljinca ali omrtvičenje, napadi vročine ali mraza, strah pred smrtjo, izgubo kontrole ali da se jim bo »zmešalo«, parestezije (35). V Beckovi fenomenološki študiji iz l. 1998 so preučevali doživljanje paničnih misli žensk v poporodnem obdobju; opisali so 6 glavnih tem:

1. Grozeča fizična in čustvena komponenta panike, ki te ohromi, opisujejo občutek izgube kontrole.
2. Med paničnimi napadi je kognitivno funkcioniranje nenadno moteno, v obdobjih med posameznimi napadi pa lahko bolj prikrito zmanjšano.
3. Med paničnimi napadi trud za zbranost, kar je izčrpavajoče.
4. Zaradi grozeče narave panike je glavna preokupacija preprečevanje ponovnih napadov.
5. Ponavljajoči se napadi panike in s tem negativne

spremembe življenjskega sloga vplivajo na nižjo samozavest in občutke razočaranja sebe in okolice.

6. Občutek, da bodo panični napadi imeli dolgoročne posledice zanje in za družino (37).

Anticipacijska anksioznost glede sledečih napadov je lahko zelo izčrpavajoča. Simptomi panične motnje pa se lahko v peripartalnem obdobju precej poslabšajo, tako da nekatere ženske izkusijo tudi agorafobijo in socialno osamitev (12).

5.3 Fobije

Strah je normalen odgovor na resnično grožnjo, fobija pa je iracionalni strah pred objektom ali situacijo, ki vodi v izogibanje. Gre za nenormalen strah pred nevarnostjo, ki je namišljena ali iracionalno pretirana. Pogoste so fobične reakcije do živali (npr. pajkov), aktivnosti (npr. letenja) ali socialnih situacij (npr. hranjenje v javnosti ali zgolj javno okolje). V literaturi ni natančne prevalece in vpliva specifičnih fobij, kot npr. socialne fobije ali agorafobije, med nosečnostjo. Dva tipa fobij, ki pa se v tem obdobju pojavljata, sta: tokofobija (intenziven oz. patološki strah pred porodom) in fobija v zvezi z otrokom.

Med splošne simptome fobije sodijo občutki panike in groze, vztrajen in prevzemajoč strah pred objektom ali situacijo, skupaj s spremljajočimi reakcijami, ki so avtomatične in nekontrolirane, pospešen pulz, zadihanost, tresenje, želja pobegniti iz situacije, skrajne reakcije, da bi se izognili objektu ali situaciji, ki je predmet fobije (35).

5.3.1 Tokofobija

Vse več je literature o specifični fobiji – tokofobiji, ki pomeni strah pred porodom oz. rojevanjem. Če se pojavi pred nosečnostjo, to imenujemo primarna tokofobija. Strah pred rojevanjem pa se lahko pojavi tudi po travmatskem porodu (sekundarna tokofobija); slednjo lahko konceptualiziramo tudi kot simptom travme ali kot del PTSM, simptome pa lahko sproži tudi druga duševna motnja, kot npr. depresija (6).

Ocenjujejo, da je prevalenca tokofobije 5,5 %. Po podatkih študij 6–10 % žensk opisuje patološki strah pred porodom (in to vključuje tudi ženske, ki ne izpolnjujejo meril za kako primarno fobijo), zato je po mnenju nekaterih avtorjev prevalenca tokofobije verjetno znatno nižja. Pomembno je ob tokofobiji pomisliti na nekatere dejavnike, kot so: anamneza spolne ali fizične zlorabe, travmatski ginekološki pregled, prejšnja izkušnja poroda

in anksioznost, povezana s prejšnjim porodom ter napačne predstave oz. miti glede poroda in rojevanja (6).

Patološki strah pred porodom je opisan kot anksioznost ob naslednjem porodu, kot kontinuum od zamenljivega do skrajnega strahu. Poleg vpliva na čustveno doživljanje nosečnosti in poroda lahko tudi vpliva na način poroda in je v nekaterih državah pogost razlog za elektivni carski rez na željo nosečnice, a brez medicinske indikacije. Strah ima vsebinsko različne razsežnosti. Povezan je s pričakovanji glede podpore pri porodu, odločanjem glede lajšanja bolečin in skrbmi za zdravje novorojenca (38). Nekatere od severnoevropskih držav (Švedska, Norveška) imajo v porodnišnicah posebej urejeno obravnavo nosečnic s strahom pred porodom.

Novejše študije opozarjajo na povečano število carskih rezov, opravljenih na zahtevo matere, kljub temu, da niso medicinsko potrebni. Razlogi za povečanje števila carskih rezov so različni in niso povezani le s socialnim in kulturnim ozadjem žensk, temveč tudi z razlikami med zdravstvenimi sistemi posameznih držav. Eden od glavnih razlogov pa je prepoznana tokofobija.

Med nosečnicami z znaki tokofobije je dvakrat več takšnih s težavami z duševnim zdravjem; strah pred porodnim procesom pa je pogosto povezan z drugimi simptomi perinatalne anksioznosti, kot so strah pred morebitnimi zapleti med porodom, strah pred pomanjkanjem podpornega okolja med porodom, strah pred porodno bolečino itd. Klinično zdravljenje tokofobije je potrebno oz. smiselno, kadar stanje negativno vpliva na kakovost življenja nosečnice in njeno vez z otrokom/zarodkom ter kadar vpliva na njeno odločitev glede načina poroda.

5.3.2 Fobija v zvezi z otrokom

Predstavlja drugo pogosto obliko v tem obdobju; matere z anksioznostjo, usmerjeno na otroka, lahko razvijejo fobijo: opisujejo strah pred sindromom nenadne smrti novorojenčka (SIDS). Iz strahu, da bi otrok v spanju umrl, otrok ne pustijo spati, jih prebujajo, da vidijo, ali še diha, same lahko trpijo za hudo nespečnostjo, ker si ne dovolijo zaspati in preverjajo dihanje otroka vsakih 20–30 minut itd. (10).

5.4 Obsesivno kompulzivna motnja

OKM je sorazmerno pogosta psihiatrična motnja z življenjsko prevalenco med 1,1 in 1,8 % v splošni populaciji. Je pomemben zdravstveni problem, ker znatno slabša kakovost življenja in funkcionalni status posameznika in vodi v okvare na poklicnih in socialnih

področjih. Pogostejša je pri ženskah (35). Povprečna starost ob začetku motnje vključuje reproduktivno obdobje žensk. OKM z začetkom po porodu pogosto spremljajo obsesije, da bi kaj naredile/škodile otroku, lahko se izogibajo otroku, ker se bojijo, da bi reagirale v skladu s temi mislimi, zaradi česar je njihova zmožnost skrbeti za otroka lahko pomembno prizadeta, v povezavi s tem pa lahko nastopijo depresivni simptomi (7).

Nedaven sistematični pregled in metaanaliza OKM ocenjuje, da je splošna prevalenca OKM pri ženskah 1,08 % v splošni populaciji, 2,07 % med nosečnostjo in 2,43 % v poporodnem obdobju; ženske v peripartalnem obdobju imajo pribl. 1,5–2-krat več možnosti za razvoj OKM kot splošna populacija (39). Več prikazov primerov nakazuje, da sta nosečnost in poporodno obdobje povezani z več izbruhi novonastale OKM kot drugi življenjski dogodki (7,10).

Etiologija poporodne OKM ni znana; akutni začetek lahko nastopi zaradi naglega upada hormonov estrogena in progesterona po porodu, kar vodi v dereguliranje serotonina, ki vpliva na predispozicijo za vrsto duševnih motenj. Druga etiološka hipoteza pa predpostavlja, da nagel porast oksitocina ob koncu nosečnosti lahko sproži izbruh ali začetek OKM.

Glavni opisani dejavniki tveganja za OKM z začetkom v nosečnosti so: prva nosečnost, 2. ali 3. trimesečje nosečnosti, število nosečnosti in rojstev živih otrok, splav, zapleti nosečnosti ter pozitivna družinska anamneza OKM. Dejavniki tveganja za OKM, ki nastopi po porodu, pa so: prva nosečnost (6,57 %, pri mnogorodkah pa 1,81 %), prvi 4 tedni po porodu, višja raven anksioznosti, obsesivno kompulzivna osebnostna motnja, izogibajoča osebnostna motnja, osebna anamneza prebolele depresivne epizode (7).

Simptomi peripartalne OKM lahko vključujejo:

- Obsesije oz. vsiljive misli, ki so vztrajne, ponavljajoče se misli ali slike/predstave, povezane z otrokom.
- Kompulzije; ponavljanje dejanj, ki olajšajo strah in obsesije.
- Strah pred tem, da bi bile ostale z otrokom.
- Izguba apetita.
- Hudi občutki krivde in sramu.

Obsesije se definirajo kot: 1. Ponavljajoče se in vztrajne misli, impulzi ali slike, ki se pojavijo med motnjo, so intruzivne in neprimerne in povzročajo hudo tesnobo in stres. 2. Misli, impulzi ali slike/predstave, ki niso enostavno pretirane skrbi glede resničnih življenjskih težav. 3. Poskus zatiranja, ignoriranja ali nevtraliziranja teh misli s kako drugo mislijo/dejanjem. 4. Zavedanje, da so obsesivne misli, impulzi ali slike produkt lastnega

doživljanja (in da jih ne vstavlja kdo od zunaj).

Kompulzije pa se definirajo kot: 1. Ponavljajoča se dejanja (npr. umivanje rok, urejanje, preverjanje) ali dejanja v mislih (npr. molitve, štetje, tiho ponavljanje besed), potreba po reagiranju na obsesijo ali ravnanje v skladu z lastnimi rigidnimi pravili. 2. Ta vedenja ali misli so namenjena preprečevanju ali zmanjševanju stresa in anksioznosti ali preprečevanju kakega neljubega dogodka ali situacije, vendar dogodkov realno ne morejo nevtralizirati ali preprečiti ali so očitno pretirane (35).

Pri OKM z začetkom po porodu je v primerjavi z nepoporodno prisotnih več agresivnih obsesij, med poporodnimi so najpogostejše obsesije o zastrupitvi in agresivne obsesije. Več avtorjev navaja, da se agresivne vsiljivke 9-krat pogosteje pojavljajo v poporodnem obdobju žensk z OKM kot pri zdravih materah po porodu (38,39). Vsebinsko pa agresivne obsesije največkrat vključujejo strah pred poškodovanjem otroka (naključnim ali namernim, npr.: da bi otrok umrl med spanjem (SIDS), da bi ga spustile z višine, predstave o mrtvem dojenčku, da bi se dušil in ga ne bi mogle rešiti, da bi ga stresle, kričale nanj, ga zabodle, utopile med kopanjem itd.) (7,40). Pogoste so tudi obsesije o okužbi/kontaminiranosti z mikroorganizmi ali da bi se otrok lahko okužil/zastrupil s kemikalijami preko rok ali stekleničk s hrano.

Najpogostejše kompulzije so: čiščenje in pranje ter preverjanje, pa tudi kompulzije, vezane na otroka: preverjanje dihanja, pretirano ali ritualizirajoče pranje ali čiščenje, kar vodi v izogibalno vedenje in v skrajnem primeru fizično osamitev od otroka (40).

Pomembna je diferencialna diagnoza s psihotičnimi motnjami v poporodnem obdobju: matere z OKM imajo sorazmerno dober uvid, ne kažejo psihotičnih simptomov, se zavedajo, da so njihove misli/predstave nezdrave in ego-distonične in se trudijo zaščititi otroka.

Manj pozornosti pa je bilo v študijah namenjeno kliničnim značilnostim OKM med nosečnostjo. Nekaj poročil omenja, da so bolj pogoste obsesije o kontaminaciji in več kompulzij čiščenja/pranja v primerjavi z drugimi simptomi. Poleg tega so pri nosečnicah pogostejše obsesije simetrije in preverjanja. Agresivne obsesije so pri nekaterih nosečnicah lahko vezane na plod in nekatere doživijo misli o poškodovanju otroka v maternici. OKM se pogosto pojavlja skupaj z drugimi psihiatričnimi motnjami, še posebej z depresijo, ki navadno nastopi v 2 do 3 tednih po nastopu OKM (7). OKM v poporodnem obdobju lahko pomembno okvari navezovalni odnos matere in otroka.

5.5 Posttravmatska stresna motnja

PTSM je motnja, ki se lahko pojavi po izkušnji ali prisostvovanju pri življenjsko ogrožajočih dogodkih. Navadno so to nesreče, napadi in različne oblike nasilja. Zato mnogi težje razumejo, da »naraven« dogodek, kot je porod, lahko sproži PTSM (10). Travmatizirajoč je lahko kateri koli dogodek ali izkušnja, ki ima potencial ali grožnjo, da se konča s smrtnim izidom ali resnimi poškodbami – lastnimi ali bližnje osebe – npr. otroka. Pogosto se oseba odzove z intenzivnim strahom, nemočjo in grozo (prisotnost čustvenega odziva sicer ni več vključena v merilo A po DSM-5).

Splošni simptomi PTSM lahko vključujejo: anksioznost in panične napade, intruzivna podoživljanja preteklega travmatskega dogodka, ponavljajoče se vsiljive spomine, t.i. flashbacke in nočne more, izogibanje stimulusov, povezanih z dogodkom, vključno z mislimi, čustvi, ljudmi, kraji in podrobnosti o dogodku; vztrajno povišano vznburjenje (razdražljivost, izbruhi jeze, težave s spanjem in koncentracijo, hipervigilanca, pretiran stresni odgovor); občutek neresničnosti ali odmaknjenosti, depresivne simptome, strah pred spolno intimnostjo, omejen nabor čustev, občutek krajšanja prihodnosti (35).

Prevalenca PTSM po porodu je po študijah različna – od 2–3 % do 25 % (12). Nedavna pregledna študija je ugotovila prevalenco PTSM med 2,8 % in 5,6 % po 6 tednih po porodu in 1,5 % po 6 mesecih po porodu. Še zlasti visoke odstotke PTSM pa ugotavljajo pri mrtvorojenih (29 %) in prezgodnjih porodih (26–41 % žensk poroča o simptomih PTSM, ki so prisotni še 6 mesecev po porodu) ter poznih spontanah splavih oz. intrauterini smrti ploda.

Raziskave glede etiologije PTSM so se večinoma osredinjale na pomembnost načina poroda. V zadnjem času pa študije večji pomen pripisujejo pomembnost percepciji žensk o svoji porodni izkušnji. Porodna bolečina npr. sama po sebi ni patološka, lahko pa vodi v katastrofično interpretiranje, zaradi česar je porod lahko travmatska izkušnja s psihiatričnimi posledicami (41). Zdaj je splošno sprejeto, da je PTSM lahko posledica travmatične izkušnje poroda. Ta tip PTSM so poimenovali "poporodna posttravmatska stresna motnja" (PP PTSM) ali "porodna travma".

Najpogosteje ta motnja nastopi po doživeti travmi med porodom ali po porodu. Med najpogostejšimi tovrstnimi dejavniki so: prolaps popkovine, neplanirani carski rez, srčni zastoj, poporodna krvavitev, inducirani porod, uporaba vakuuma ali kleščni porod, ročna odstranitev placente, prezgodnji porod, ločitev od otroka

v intenzivnih enotah, občutki nemoči, slaba komunikacija in pomanjkanje podpore in pomirjanja med porodom (42).

Najbolj značilni dejavniki tveganja za razvoj poporodne PTSM pa so: nasilje v družini, anamneza spolnega nasilja (posilstva ali zlorabe), prejšnji reproduktivni dogodki s slabim izidom (ektopična nosečnost, splav), anamneza duševnih motenj, način poroda, strah za lastno varnost in varnost otroka, pomanjkanje kontrole, vedenje osebja, nezadostno lajšanje bolečin, slaba podpora okolice, prejšnji drugi travmatski dogodki (42,1,35). Stresni dejavniki z visokim potencialom za razvoj PTSM po porodu pa sta mrtvorojenost in prezgodnji porod (43).

PTSM med nosečnostjo in tudi po porodu je tudi zelo pridružena depresiji. Osebe z diagnozo PTSM pomembno slabše delujejo v normalnem življenju zaradi močnih čustev, nad katerimi nimajo nadzora. Poročajo o t.i. flashbackih, nočnih morah in potenju, tremorju, razdražljivosti in motnjami spanja (41). Simptomi se lahko začnejo kmalu po porodu ali po nekaj mesecih. Lahko vztrajajo dolgo časa in se jim pridružijo še dodatne motnje, npr. depresija.

Ker naj bi bil porod in materinstvo pozitivni dogodek in obdobje, imajo matere s PTSM pogosto še občutke krivde in nizko samozavest. Nezdravljena PTSM je povezana s povišano telesno obolevnostjo, psihiatričnimi boleznimi ter izkušnjo naključne in nenaključne smrti. Posledice pa vključujejo tudi depresijo, tveganje za samomor, povečano incidenco zlorabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, težave z dojenjem in navezanostjo na otroka, tokofobijo, zahtevanje elektivnih carskih rezov pri naslednjih nosečnostih (brez medicinske indikacije), negativni vpliv na družino, izogibanje medicinski obravnavi (42).

V večji pregledni študiji so med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za razvoj PTSM poudarili duševne motnje v anamnezi, prejšnji travmatski porod in pa t.i. anksioznost *trait*, med osebnostnimi dispozicijami pa tudi ekstravertiranost in nevroticizem. Peripartalni dejavniki tveganja pa so bili občutek izgube kontrole nad dogodkom, močan čustveni odgovor in pomanjkanje podpore medicinskega osebja in partnerja. Poleg tega pa so bili z razvojem simptomov PTSM povezani določeni porodni posegi, npr. kleščni porod, vakuumska ekstrakcija ploda, epiziotomija, urgentni in elektivni carski rez. PTSM pa se lahko razvije tudi po normalnem vaginalnem porodu z zdravim novorojencem. V tem primeru pa gre navadno za kombinacijo različnih dejavnikov (41).

6 Izid/posledice

Intenzivna poporodna anksioznost otežuje materinsko delovanje, povzroča znaten stres in lahko resno škoduje navezovalnemu odnosu matere in otroka. Posledice se kažejo v širokem razponu slabih izidov; od neuspešnega materinstva do zanemarjanja otroka in celo detomora (44).

Ženske s peripartalno anksioznostjo lahko doživljajo veliko trpljenje z negativnimi posledicami za njihovega dojenčka, partnerja in družino; izpostavljene so večjemu tveganju za porodne zaplete, vključno s težkim porodom, preeklampsijo in prezgodnjim porodom (45). Pri ženskah s peripartalno anksioznostjo so pogostejši tudi telesni simptomi, kot so slabost in bruhanje, zgaga in bolečine v mišicah med nosečnostjo ter večja stopnja bolniške odsotnosti z dela (46). Peripartalna anksioznost lahko ogrozi tudi vez med materjo in otrokom (47). Pri dojenčkih mater, ki trpijo za anksiozno motnjo, obstaja tudi večje tveganje za primanjkljaj kognitivnih in motoričnih sposobnosti (48), težji značaj in povišano raven negativnega afekta (49); ti škodljivi učinki pa se lahko nadaljujejo tudi v otroštvo.

Vedno več je dokazov, da so nezdravljene duševne motnje v nosečnosti lahko povezane z različnimi slabimi izidi in tudi dolgoročnimi slabimi posledicami za otroka, ki se lahko pokažejo še po poporodnem obdobju. Vsako nosečnost spremlja tveganje tudi za plod/otroka. Ta tveganja se povečajo, če ima nosečnica duševno motnjo. Huda depresija je npr. povezana z večjim tveganjem za nizko porodno težo in prezgodnji porod, še posebej v nižjih socialnoekonomskih razmerah (50), ter s samopoškodovanim vedenjem in samomorom (51). V povezavi z depresijo v nosečnosti in poporodno depresijo ugotavljajo tudi povečano tveganje za nenadno smrt novorojenčka (52).

6.1 Posledice za žensko

Za žensko, ki zbolí za katero koli duševno motnjo v obdobju nosečnosti ali v poporodnem obdobju, obstajajo tudi dodatne skrbi in težave, poleg teh, ki izvirajo iz motnje same. Obremenjujejo se s posledicami duševne motnje za otroka, kar še poslabša stanje. Duševna bolezen je lahko (sploh v hujših oblikah) povezana s pomembnimi težavami na socialnem in poklicnem področju, kar lahko odločilno vpliva na skrb zase in za družino. Psihiatrični vzroki maternalne smrti, še posebej samomor, so še vedno vodilni vzrok za smrtnost (53,54).

6.2 Posledice stresa in anksioznosti za porod in otroka

Nezdravljena anksioznost v peripartalnem obdobju je povezana z različnimi slabimi izidi za mater, plod, izid poroda in kasneje za razvoj otroka. Raziskave ugotavljajo, da je stres v nosečnosti tesno povezan z višjimi deleži slabših izidov poroda, kot so: prezgodnji porod, nizka porodna teža in zastoj rasti ploda, kasneje pa tudi z vedenjskimi motnjami otroka (32). Prenatalni stres in anksioznost lahko vplivata na razvoj otrokovega značaja in kognicije (4).

Poporodna anksioznost matere lahko pomembno ovira proces navezovanja matere in otroka, kar posredno tudi vpliva na otrokov razvoj. Znano je, da so po porodu prisotne anksiozne in depresivne motnje matere povezane s slabšim kognitivnim napredovanjem otrok (32,55). Ugotovili so tudi, da imajo novorojenci mater, ki doživljajo stres v nosečnosti, višjo raven kortizola ter nižje ravni dopamina in serotonina kot primerjani novorojenci zdravih mater, ter bolj nemiren spanec, spremembe na EEG desno frontalno (kot kazalec negativnega razpoloženja) in manj optimalne nevrovedenjske kazalce na lestvici Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale. V splošnem so novorojenci mater s čustvenimi motnjami bolj ranljivi po različnih razvojnih in socialnih merilih in jih je težje pomiriti kot ostale novorojence (56,2).

V študiji, ki je preučevala povezavo med materino t.i. anksioznostjo *trait* (tj. anksioznost, ki je del osebnostnega delovanja v nasprotju z anksioznostjo *state*, ki se pojavlja aktualno kot motnja, reaktivno ali akutno stanje), stresom v povezavi z življenjskimi dogodki in s temperamentom otroka, so npr. ugotovili, da je materina anksioznost *trait* napovedovala težaven značaj otroka pri 4 mesecih (neodvisno od sočasno prisotne depresije pri materi in ključnih socialno-demografskih in tudi ginekoloških zapletov oz. dejavnikov tveganja). Izrazit dejavnik tveganja pa je bilo nasilje v družini ali zloraba v preteklosti (57).

Višja raven stresa naj bi negativno vplivala na značaj, kognitivni in motorični razvoj otroka. Med mehanizmi, preko katerih prenatalni maternalni stres in anksioznost vplivata na razvoj otroka, v zadnjem času veliko preučujejo aktivnost stresnih hormonov in koncentracijo kortizola kot označevalca stresa. Hipotalamično-hipofizno-adrenalna (HPA) os je eden glavnih sistemov, ki so udeleženi pri uravnavanju stresa.

V študiji, ki je preučevala vpliv materinega stresa na izid poroda in zgodnji značaj otroka, so npr. ugotovili,

da je bil kortizol v materini plazmi povezan s koncentracijo amniotskega kortizola, ki pa je bil povezan z nižjo porodno težo otroka. Porodna teža pa je napovedovala otrokovo vedenje – stres in strah pri 3 mesecih (3). Mehanizmi, preko katerih bi os HPA lahko bila eden od glavnih bioloških mehanizmov vpliva prenatalnega stresa na razvoj otroka, so še precej nejasni, verjetno pa je tu udeleženi še več drugih bioloških sistemov. Kot možni stresni mediator prenatalnega programiranja nevrokognitivnega in vedenjskega razvoja omenjajo tudi serotonin (58).

Raziskave zadnjih desetletij kažejo, da lahko stresne izkušnje v obdobju nosečnosti oz. doživljanje stresa še v maternici ali v zgodnjem obdobju življenja povečajo tveganje za nevrološke in psihiatrične motnje tudi zaradi spremenjene epigenetske regulacije. Epigenetski mehanizmi, kot so ekspresija miRNA, metilacija DNA in modifikacija histonov se spremenijo kot odgovor na stresne izkušnje in neugodne dejavnike iz okolja. Spremenjena epigenetska regulacija pa lahko vpliva na endokrino programiranje pri plodu in razvoj možganov skozi več generacij, vse več študij pa v zadnjem času preučuje tudi transgeneracijske učinke stresa (59).

Skupaj z neposrednimi učinki materinih duševnih težav na plod/otroka obstajajo tudi pomembni posredni učinki, kot so socialna osamitev, genetsko tveganje za duševne motnje itd. Vsi ti dejavniki hkrati kažejo, kako pomembno je primerno in pravočasno zdravljenje žensk v pred- in poporodnem obdobju.

Pomembni pa so tudi dejavniki zaščite pred peripartalnim stresom, depresijo in anksioznostjo. Novejši pregled literature med najpomembnejšimi dejavniki, ki ščitijo pred peripartalno depresijo in anksioznostjo, navaja čustveno bližino in globalno podporo partnerja. Z dokazi podprto pa so z depresijo in stresom povezani dejavniki partnerskega odnosa: komunikacija, konflikti, navezanost, emocionalna podpora in zadovoljstvo z odnosom (60,76).

6.2.1 Carski rez

Mednarodne organizacije že dolgo razpravljajo o sprejemljivosti proste izbire tega medicinskega postopka. Leta 2002 je Mednarodna zveza za ginekologijo in porodništvo (FIGO) poročala, da je carski rez brez medicinskih indikacij etično neupravičen. V zadnjih letih pa se je odnos nacionalnih in mednarodnih organizacij do tega vprašanja precej spremenil (61,62,63), kar je povzročilo tudi znatno povečanje povpraševanja po carskem rezu brez medicinske indikacije.

Enotnih priporočil oz. konsenza med državami o

dejanskem razmerju med tveganjem in koristjo carskega reza brez medicinske indikacije očitno še ni, zato večina avtorjev (61,62,64) novejših raziskav ne poda konkretnih praktičnih priporočil, omenjajo tudi pomanjkanje dobro zasnovanih randomiziranih nadzorovanih kliničnih raziskav in znanstvenih dokazov. Smernice kanadskih ginekologov in porodničarjev npr. predlagajo, da se carski rez ne bi smel izvajati brez medicinskih ali porodniških indikacij. Rezerviran naj bi bil le za porodniška stanja, ki resnično ogrožajo zdravje matere ali ploda (64). Večina smernic opozarja, da je pomembno, da je porodnici zagotovljenih dovolj nepristranskih informacij o koristih in tveganjih postopka zato, da je omogočena samostojna in informirana izbira. Smernice National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (65) priporočajo, da je ustrezen pristop raziskati in se pogovoriti o razlogih za tako zahtevo ter tako individualizirati obravnavo z upoštevanjem skrbi in prioritet žensk. Ob informirani privolitvi je potrebno preveriti, da so bile informacije, predstavljene na dostopen in preprost način, ustrezno razumljene. Ob ustreznem zdravljenju tokofobije ocenjujejo, da bi se mnoge ženske vendatle odločile za vaginalni porod in bile z izbiro zadovoljne; če pa nosečnica oz. porodnica kljub več posvetovanjem še naprej zahteva porod s carskim rezom in zavrača vaginalni porod, zaradi splošne koristi matere in otroka večina avtorjev zagovarja carski rez. Pomembno je zagotoviti, da nosečnica odločitev in tveganja dobro razume, da sta partner in po potrebi tudi družina vključena v proces odločanja in da ima vso podporo, ki jo potrebuje. Kot poudarjajo italijanske smernice Istituto Superiore di Sanità (ISS) o carskem rezu, je najboljši način oz. podpora pri odločanju poglobljen pogovor med zdravnikom in pacientko. Taka praksa se je izkazala tudi za koristno pri zmanjševanju ravni tesnobe in strahu, povezanih s porodom, ter pri izboljšanju subjektivnega doživljanja poroda (62).

7 Ocenjevanje anksioznosti v peripartalnem obdobju

Ocenjevanje depresije v peripartalnem obdobju se je sorazmerno dobro uveljavilo in je standard dobre oskrbe, rutinsko ocenjevanje anksioznosti v sklopu tokofobije ali kot samostojne motnje pa bistveno manj. Vendarle vse več avtorjev priporoča, da je v nekaterih skupina tveganje za pojav peripartalne anksioznosti višje in morda ocenjevanje smiselno, zlasti pri ženskah z diagnozo duševne motnje ali zlorabe substanc v anamnezi (66,67).

Obstaja več vrst ocenjevalnih lestvic za anksioznost v peripartalnem obdobju (66,68,63,69), ki kažejo dobro zanesljivost in učinkovitost, uporaba pa je zelo raznolika

po posameznih državah. Med njimi je za splošno anksioznost v peripartalnem obdobju v uporabi PSWQ (*angl.* Penn State Worry Questionnaire) (70). V Braziliji pa je npr. v uporabi tudi vprašalnik o tokofobiji, ki ima 25 točk (Tokophobia Assessment Questionnaire) (66), validiran kot prvi inštrument za oceno kliničnih, čustvenih in psihiatričnih manifestacij tokofobije. Presejanje za peripartalno depresijo je splošno priporočljivo in se je v mnogih državah že uveljavilo kot standard oskrbe (68), presejanje za anksioznost oz. anksiozne motnje pa bistveno manj, zato je na tem področju le malo raziskav.

8 Zdravljenje anksioznih motenj v peripartalnem obdobju

Čeprav raziskovalno zanimanje za anksiozne motnje v peripartalnem obdobju narašča in vemo več o značilnostih in diagnosticiranju, pa so dokazi o klinični obravnavi – tako farmakološki kot nefarmakološki – še vedno skopi. Upoštevati moramo seveda, da moramo biti pri uporabi psihofarmakoloških sredstev previdni, še posebej v obdobju nosečnosti, pa tudi v obdobju dojenja. Pomembno je sodelovanje z ginekologi. Nekaj avtorjev je poudarilo tudi pomembnost previdnosti pri diagnosticiranju oz. uporabi diagnostičnih meril za anksioznost, pa tudi za depresivne motnje v nosečnosti, kar je lahko dodatna omejitev in pomislek glede ustrezne uporabe zdravil v tem obdobju (42,71). Tveganje in korist uvedbe farmakološkega zdravljenja vedno individualno prehtamo. Zaenkrat je prav tako le malo dokazov o učinkovitosti psihoterapevtskega zdravljenja anksioznih motenj v nosečnosti, čeprav se anksiozne motnje s temi pristopi sicer uspešno zdravijo.

V nedavni večji francoski študiji so na vzorcu 15.000 žensk ugotovili, da je 25 % žensk z anksioznostjo in stresom v nosečnosti bilo na pregledu pri psihiatru pred porodom, 11 % pa jih je uporabilo psihofarmakološko sredstvo. Manjšo verjetnost, da se udeležijo pregleda pri psihiatru, so ugotovili pri mlajših ženskah, s srednjo ravnijo izobrazbe in pri priseljenih (11).

Pri zdravljenju anksioznosti v nosečnosti in poporodnem obdobju najpogosteje uporabljamo psihoterapevtsko in farmakološko zdravljenje.

8.1 Psihoterapevtsko zdravljenje

Potrebno je upoštevati, da gre za kratko obdobje, v katerem je treba učinkovito podpreti mehanizme za spoprijemanje in nižanje intenzitete anksioznosti. Večina avtorjev omenja kognitivno vedenjsko terapijo kot zlati standard glede učinkovitosti in uspešnosti zdravljenja

v primerjavi z drugimi oblikami psihoterapevtskih intervenc. Prednost metode je tudi kratkotrajnost, saj je glede na možnost sodelovanja v tem obdobju časovna omejenost pomembna. Tehnike sproščanja kot posebna oblika kognitivno vedenjske terapije so posebej naravnane k simptomom in se jih da uporabiti kot edini ukrep pri zelo blagih oblikah anksioznosti. Lahko se izvajajo tudi v skupini, kjer je posredna podpora skupine lahko zelo koristna v zdravljenju. Interpersonalna psihoterapija je uspešna metoda, zlasti v zdravljenju depresije, vendar je učinkovitost pri anksioznosti še vedno vprašljiva. Zaenkrat je premalo kliničnih dokazov o učinkovitosti v peripartalnem obdobju. Medosebni odnosi nosečnice namreč niso nujno suportivni ali pa gre za neozaveščeno konfliktnost v odnosih. Zato je obravnava medosebnih odnosov smiselna takrat, ko se vzpostavi dobra terapevtska povezanost z vsemi sodelujočimi v terapiji.

Psihodinamske oblike psihoterapije so vprašljivo učinkovite pri anksioznosti, prehodno se namreč anksioznost lahko celo zviša. Potrebno je tudi daljše obdobje obravnave.

V zadnjem času več raziskav preučuje tudi čuječnost (*angl.* mindfulness) pri obravnavi anksioznosti, tehnika naj bi imela tudi pozitivne učinke na razvoj otroka preko zmanjšanja materine anksioznosti. Pri otrocih anksioznih mater, ki so uporabljale čuječnost, so ugotovili manj negativnega afekta oz. manj negativnega čustvovanja/razpoloženja; ti otroci so se tudi lažje sami pomirili (72).

8.2 Farmakološko zdravljenje

Včasih psihoterapevtski in drugi podporni ukrepi pri obravnavi nosečnic z duševnimi motnjami niso dovolj in je medikamentno zdravljenje smiselno. Pri odločitvi za farmakološko zdravljenje moramo vedno skrbno pretehtati tveganja in koristi zdravljenja. V splošnem uporabljamo najnižje učinkovite odmerke zdravil in stalno spremljamo neželene učinke. V prvem trimesečju se medikamentnemu zdravljenju izognemo, če je le mogoče. Tudi pri ženskah, ki jemljejo kronično oz. vzdrževalno terapijo, je smiselno nosečnost načrtovati in, če je le mogoče, znižati odmerke in vsaj začasno ukiniti zdravila, ki niso nujno potrebna v prvi tretjini nosečnosti. V številnih primerih pa vendarle tveganje ponovitve bolezni pomeni večjo potencialno škodo kot tveganje okvar ploda zaradi uporabe medikamentnih sredstev. V vsakem primeru je najpomembnejše individualno odločanje pri vsaki nosečnici, posebej z upoštevanjem tveganja in koristi (73).

Previdna ocena tveganja in koristi z upoštevanjem

možnih posledic in pa soglasje ženske je nujno potrebno pri odločitvi za farmakološko zdravljenje najhujših oblik anksioznih motenj.

Tveganje za okvare plodu v splošni populaciji (*angl.* background risk) je 2–4 %, zdravljenje z zdravili pa ta odstotek blago poveča. Pri zdravljenju upoštevamo naslednja priporočila: izberemo zdravila z nizkim tveganjem za mater/otroka, začnemo z nižjimi odmerki in postopoma povečujemo do najučinkovitejšega odmerka. Uporabljamo jih najkrajši možni čas, monoterapija je boljša kot pa kombinacija zdravil. Pretehtamo dodatna tveganja za prezgodnji porod, nizko porodno težo ali bolezen otroka ter zagotovimo primerno spremljanje ponovitve bolezni in odtegnitvenih simptomov ob ukinjanju (6,10).

V skrajnih primerih pride v poštev tudi hospitalna obravnava. V zahodnih državah imajo ponekod specializirane bolnišnice za zdravljenje peripartalnih duševnih motenj z izobraženimi timi, specializiranimi za področje perinatologije; v Veliki Britaniji imajo npr. urejeno mrežo bolnišničnih oddelkov za hospitalno obravnavo peripartalnih duševnih motenj. National health service (NHS England) in angleški Kraljevi kolegij psihiatrov priporoča 6–9 postelj na 1–1,5 milijona prebivalcev, kar bi za Slovenijo pomenilo približno 12 postelj (74).

Predvsem pa je v zdravljenju anksioznih motenj v peripartalnem obdobju najuspešnejše kombinirano zdravljenje oz. integrativen pristop. Z združevanjem psihoterapevtskih in, če je potrebno, farmakoloških metod zdravljenja učinkoviteje dosežemo zmanjšanje simptomov oz. remisijo.

9 Anksioznost v peripartalnem obdobju v Sloveniji

V raziskavi, ki je preučevala depresivnost in anksioznost v peripartalnem obdobju pri slovenskih prvorodkah (Anksioznost med nosečnostjo in po porodu) je bila pomembno povezana s tveganjem za poporodno depresijo. Zlasti pomembna pa se je izkazala tudi anksioznost v partnerskem navezovanju, ki je bila v zadnji tretjini nosečnosti in po porodu povezana z nastankom poporodne depresije (75,76).

V slovenskem vzorcu so imele bolj izobražene prvesnice in tudi tiste, ki so poročale o boljši podpori sodelavcev značilno nižjo raven anksioznosti v zadnjem trimesečju nosečnosti. Višje ravni anksioznosti v zadnji tretjini nosečnosti so pokazale nosečnice, ki so živele v večgeneracijskem gospodinjstvu, in pa tiste, ki so bile bolj anksiozne v navezovanju na partnerja. Od vseh

kazalcev, vključenih v raziskavo, sta bili le anksioznost v navezovanju na partnerja in podpora sodelavcev značilno povezani tudi z ravni depresije v zadnji tretjini nosečnosti. Stopnja depresivnosti v zadnji tretjini nosečnosti je bila višja pri tistih privesnicah, ki so imele značilno več navezovalne anksioznosti, in pri tistih, ki so imele značilno manj podpore sodelavcev.

Anksioznost v navezovanju je igrala pomembno vlogo tudi pri doživljanju strahu pred porodom. Prvesnice z značilno višjo stopnjo navezovalne anksioznosti so imele značilno hujši strah pred porodom. V slovenskem vzorcu prvorodk smo pokazali, da je anksioznost v partnerskem navezovanju lahko ključni kontekstualni dejavnik pri doživljanju anksioznih in depresivnih simptomov v tretjem trimesečju in tudi pomemben dejavnik pri nastanku poporodne depresije (75).

10 Implikacije in zaključek

Anksiozne motnje so pri nosečnicah in ženskah po porodu še vedno poddiagnosticirane. Pogosto se anksioznost pojavlja hkrati z depresijo, obe motnji pa sta v nosečnosti pogosti in vztrajata, če ju ne zdravimo. Kljub temu, da smatramo anksiozne motnje kot »blažje« duševne motnje, znatno okvarijo človekovo delovanje. Glede na vedno več dokazov o možnih negativnih vplivih na plod, ki se kažejo še v otroštvu, je smiselno nameniti več pozornosti odkrivanju in zdravljenju.

V Sloveniji nosečnice spremljajo ginekologi. Obravnava predvideva 10 pregledov v nosečnosti. 84 % prvorodnic obiše Šolo za bodoče starše, 99,9 % porodnic rodi v porodnišnici. Po porodu ženski z otrokom pripada 6 preventivnih obiskov patronažne medicinske sestre, 6. teden po porodu pa preventivni obisk pri izbranem ginekologu (77). Podatke v zvezi z nosečnostjo beležijo tudi v materinski knjižici, v kateri je od l. 2010 v dodatku z informacijami za nosečnice vključen tudi kratek opis poporodne depresije. V rutinsko presejanje v nosečnosti bi bilo morda že ob prvem obisku pri ginekologu smiselno vključiti vprašanja v zvezi z duševnim zdravjem. Prepoznavanje in obravnavanje anksioznosti med nosečnostjo sta bistvenega pomena in delujeta kot preprečenje psihiatričnih motenj po porodu. Pri nosečnicah, ki pa so v psihiatrično obravnavo že vključene zaradi obravnavane duševne motnje, pa je sledenje, podpora in dobro interdisciplinarno sodelovanje lečečega psihiatra in ginekološke službe nujno potrebno (78).

Izjava o navzkrižju interesov

Avtorici nimava navzkrižja interesov.

Literatura

1. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(4):331-5. DOI: [10.1007/s11920-008-0053-y](https://doi.org/10.1007/s11920-008-0053-y) PMID: [18627672](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18627672/)
2. Barber CC. Prelude to Parenthood: The Impact of Anxiety and Depression During Pregnancy. In: Rojas Castillo MG, ed. *Prelude to Parenthood: The Impact of Anxiety and Depression During Pregnancy*. London: IntechOpen Limited; 2012.
3. Baibazarova E, van de Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, van Goozen SH. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology.* 2013;38(6):907-15. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2012.09.015](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.09.015) PMID: [23046825](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23046825/)
4. Talge NM, Neal C, Glover V; Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(3-4):245-61. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x) PMID: [17355398](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17355398/)
5. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *J Affect Disord.* 2015;175:385-95. DOI: [10.1016/j.jad.2015.01.012](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012) PMID: [25678171](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25678171/)
6. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):147-57. DOI: [10.1016/j.jad.2007.10.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014) PMID: [18067974](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18067974/)
7. Uguz F, Ayhan MG. Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder during pregnancy and postpartum period: a review. *Psychiatry and Behavioral Sciences.* 2011;1(4):178.
8. Furtado M, Chow CH, Owais S, Frey BN, Van Lieshout RJ. Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;238:626-35. DOI: [10.1016/j.jad.2018.05.073](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.073) PMID: [29957480](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29957480/)
9. Diaz JY, Chase R. The cost of untreated maternal depression. St. Paul (MN): Wilder Research; 2010.
10. Dennis CL, Falah-Hassani K, Brown HK, Vigod SN. Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;134(6):485-93. DOI: [10.1111/acps.12648](https://doi.org/10.1111/acps.12648) PMID: [27639034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27639034/)
11. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016;6(7):e00497. DOI: [10.1002/brb3.497](https://doi.org/10.1002/brb3.497) PMID: [27458547](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27458547/)
12. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(10):e1153-84. DOI: [10.4088/JCP.14r09035](https://doi.org/10.4088/JCP.14r09035) PMID: [25373126](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25373126/)
13. Ross LE, McLean LM, Psych C. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):1285-98. DOI: [10.4088/JCP.v67n0818](https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0818) PMID: [16965210](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16965210/)
14. Smith MV, Shao L, Howell H, Wang H, Poschman K, Yonkers KA. Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(2):155-62. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2008.10.002](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.10.002) PMID: [19269536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19269536/)
15. Tomfohr-Madsen LM, Racine N, Giesbrecht GF, Lebel C, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021;300:113912. DOI: [10.1016/j.psychres.2021.113912](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912) PMID: [33836471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33836471/)
16. Viswasam K, Eslick GD, Starcevic V. Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;255:27-40. DOI: [10.1016/j.jad.2019.05.016](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.016) PMID: [31129461](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31129461/)
17. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry.* 2006;51(2):100-13. DOI: [10.1177/070674370605100206](https://doi.org/10.1177/070674370605100206) PMID: [16989109](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16989109/)
18. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016;191:62-77. DOI: [10.1016/j.jad.2015.11.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014) PMID: [26650969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26650969/)
19. Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health.* 2010;10(1):771. DOI: [10.1186/1471-2458-10-771](https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-771) PMID: [21167078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21167078/)
20. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol.* 2011;62(1):531-58. DOI: [10.1146/annurev.psych.031809.130727](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727) PMID: [21126184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21126184/)
21. Fairbrother N, Corbyn B, Thordarson DS, Ma A, Surm D. Screening for perinatal anxiety disorders: room to grow. *J Affect Disord.* 2019;250:363-70. DOI: [10.1016/j.jad.2019.03.052](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.052) PMID: [30877859](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30877859/)
22. Faisal-Cury A, Rodrigues DM, Matijasevich A. Are pregnant women at higher risk of depression underdiagnosis? *J Affect Disord.* 2021;283:192-7. DOI: [10.1016/j.jad.2021.01.057](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.057) PMID: [33561799](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33561799/)
23. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res.* 2006;61(2):139-51. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2005.11.006](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.006) PMID: [16880016](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16880016/)
24. Oddo-Sommerfeld S, Hain S, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: pathways through antepartum depression and anxiety. *J Affect Disord.* 2016;191:280-8. DOI: [10.1016/j.jad.2015.11.040](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.040) PMID: [26688497](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26688497/)
25. Swanson LM, Flynn HA, Wilburn K, Marcus S, Armitage R. Maternal mood and sleep in children of women at risk for perinatal depression. *Arch Women Ment Health.* 2010;13(6):531-4. DOI: [10.1007/s00737-010-0177-z](https://doi.org/10.1007/s00737-010-0177-z) PMID: [20628772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20628772/)
26. Lawson A, Murphy KE, Sloan E, Uleryk E, Dalfen A. The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* 2015;176:65-77. DOI: [10.1016/j.jad.2015.01.017](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.017) PMID: [25702602](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25702602/)
27. Silverman MN, Pearce BD, Biron CA, Miller AH. Immune modulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis during viral infection. *Viral Immunol.* 2005;18(1):41-78. DOI: [10.1089/vim.2005.18.41](https://doi.org/10.1089/vim.2005.18.41) PMID: [15802953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15802953/)
28. Khandaker GM, Zammit S, Lewis G, Jones PB. Association between serum C-reactive protein and DSM-IV generalized anxiety disorder in adolescence: findings from the ALSPAC cohort. *Neurobiol Stress.* 2016;4:55-61. DOI: [10.1016/j.ynstr.2016.02.003](https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2016.02.003) PMID: [27830164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27830164/)
29. Duthie L, Reynolds RM. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology.* 2013;98(2):106-15. DOI: [10.1159/000354702](https://doi.org/10.1159/000354702) PMID: [23969897](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23969897/)
30. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):23-9. DOI: [10.1016/j.infbeh.2009.10.004](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004) PMID: [19945170](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19945170/)
31. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007;20(3):189-209. DOI: [10.1080/14767050701209560](https://doi.org/10.1080/14767050701209560) PMID: [17437220](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437220/)
32. Nylén KJ, Williamson JA, O'Hara MW, Watson D, Engeldinger J. Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy. *Arch Women Ment Health.* 2013;16(3):203-10. DOI: [10.1007/s00737-013-0334-2](https://doi.org/10.1007/s00737-013-0334-2) PMID: [23456541](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23456541/)

33. Ross LE, McLean LM, Psych C. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1285-98. DOI: [10.4088/JCP.v67n0818](https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0818) PMID: [16965210](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16965210/)
34. Rubinchik SM, Kablinger AS, Gardner JS. Medications for panic disorder and generalized anxiety disorder during pregnancy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(3):100-5. PMID: [16027764](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16027764/)
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013.
36. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *J Affect Disord*. 1996;41(3):173-80. DOI: [10.1016/S0165-0327\(96\)00069-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(96)00069-9) PMID: [8988449](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8988449/)
37. Beck CT. Postpartum onset of panic disorder. *Image J Nurs Sch*. 1998;30(2):131-5. DOI: [10.1111/j.1547-5069.1998.tb01267.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01267.x) PMID: [9775553](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9775553/)
38. Lukasse M, Schei B, Ryding EL; Bidens Study Group. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5(3):99-106. DOI: [10.1016/j.srhc.2014.06.007](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007) PMID: [25200969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25200969/)
39. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):377-85. DOI: [10.4088/JCP.12r07917](https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917) PMID: [23656845](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23656845/)
40. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*. 2005;19(3):295-311. DOI: [10.1016/j.janxdis.2004.04.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001) PMID: [15686858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15686858/)
41. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):1-16. DOI: [10.1016/j.cpr.2005.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002) PMID: [16176853](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16176853/)
42. McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behav Cogn Psychother*. 2011;39(3):285-310. DOI: [10.1017/S1352465810000718](https://doi.org/10.1017/S1352465810000718) PMID: [21208486](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21208486/)
43. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry*. 2001;178(6):556-60. DOI: [10.1192/bjp.178.6.556](https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.556) PMID: [11388974](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11388974/)
44. Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Women Ment Health*. 2013;16(6):521-9. DOI: [10.1007/s00737-013-0357-8](https://doi.org/10.1007/s00737-013-0357-8) PMID: [23737011](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23737011/)
45. Kramer MS, Lydon J, Séguin L, Goulet L, Kahn SR, McNamara H, et al. Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol*. 2009;169(11):1319-26. DOI: [10.1093/aje/kwp061](https://doi.org/10.1093/aje/kwp061) PMID: [19363098](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19363098/)
46. Anniverno R, Bramante A, Mencacci C, Durbano F. Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. In: Durbano RF, ed. *New Insights into Anxiety Disorders*. London: IntechOpen Limited; 2013. DOI: [978-953-51-1053-8](https://doi.org/10.1016/j.ijerph.2013.11.013)
47. Tietz A, Zietlow AL, Reck C. Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Arch Women Ment Health*. 2014;17(5):433-42. DOI: [10.1007/s00737-014-0423-x](https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x) PMID: [24687168](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24687168/)
48. Davis EP, Sandman CA. Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(8):1224-33. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2011.12.016](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.12.016) PMID: [22265195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22265195/)
49. Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP. Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress*. 2011;14(6):644-51. DOI: [10.3109/10253890.2011.594121](https://doi.org/10.3109/10253890.2011.594121) PMID: [21790468](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21790468/)
50. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012-24. DOI: [10.1001/archgenpsychiatry.2010.111](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111) PMID: [20921117](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921117/)
51. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119(1):3-10. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2004.06.026](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.06.026) PMID: [15734078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15734078/)
52. Howard LM, Kirkwood G, Latinovic R. Sudden infant death syndrome and maternal depression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(8):1279-83. DOI: [10.4088/JCP.v68n0816](https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0816) PMID: [17854254](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17854254/)
53. Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Brema duševnih bolezni pri ženskah v rodni dobi. In: Križaj Hacin U. *Duševo zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2010.
54. Novak Ž, Verdenik I. Primerjava Slovenskih perinatalnih podatkov z evropskimi ali čim bolj nazaj gledamo, dlje v prihodnost bomo videli. *Zdrav Vestn*. 2009;78:19-23.
55. Harris A, Seckl J. Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Horm Behav*. 2011;59(3):279-89. DOI: [10.1016/j.yhbeh.2010.06.007](https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.06.007) PMID: [20591431](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20591431/)
56. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*. 2006;29(3):445-55. DOI: [10.1016/j.infbeh.2006.03.003](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003) PMID: [17138297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17138297/)
57. Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Hum Dev*. 2005;81(2):183-90. DOI: [10.1016/j.earlhumdev.2004.07.001](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.07.001) PMID: [15748973](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15748973/)
58. Glover V. Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. In: *Perinatal programming of neurodevelopment*. New York (NY): Springer; 2015. pp. 269-83.
59. Babenko O, Kovalchuk I, Metz GA. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;48:70-91. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2014.11.013](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.11.013) PMID: [25464029](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25464029/)
60. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;178:165-80. DOI: [10.1016/j.jad.2015.02.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023) PMID: [25837550](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25837550/)
61. Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. *Maedica J Clin Med*. 2022;17(1).
62. Masciullo L, Petruzzello L, Perrone G, Pecorini F, Remiddi C, Galoppi P, et al. Caesarean section on maternal request: an Italian comparative study on patients' characteristics, pregnancy outcomes and guidelines overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4665. DOI: [10.3390/ijerph17134665](https://doi.org/10.3390/ijerph17134665) PMID: [32610490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32610490/)
63. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F, et al. Tocophobia in the DSM-5 era: outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J Psychosom Res*. 2019;116:37-43. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2018.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.012) PMID: [30654992](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654992/)
64. Halpern S. SOGC Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(7):602. DOI: [10.1016/S1701-2163\(16\)34236-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34236-0) PMID: [19771676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19771676/)
65. NICE. Caesarean Section. London, UK: RCOG Press; 2011.
66. Nunes RD, Traebert E, Seemann M, Traebert J. Tokophobia Assessment Questionnaire: a new instrument. *Br J Psychiatry*. 2021;43(1):112-4. DOI: [10.1590/1516-4446-2020-1252](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1252) PMID: [32785456](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32785456/)
67. Lieb K, Reinstein S, Xie X, Bernstein PS, Karkowsky CE. Adding perinatal anxiety screening to depression screening: is it worth it? *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2(2):100099. DOI: [10.1016/j.ajogmf.2020.100099](https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100099) PMID: [33345965](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33345965/)
68. Williams KE, Koleva H. Identification and treatment of peripartum anxiety disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018;45(3):469-81. DOI: [10.1016/j.ogc.2018.04.001](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.001) PMID: [30092922](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30092922/)
69. Bhat A, Nanda A, Murphy L, Ball AL, Fortney J, Katon J. A systematic review of screening for perinatal depression and anxiety in community-based settings. *Arch Women Ment Health*. 2021;1-7. PMID: [34247269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247269/)

70. Voegtline K, Payne JL, Standeven LR, Sundel B, Pangtey M, Osborne LM. Using the Penn State worry questionnaire in the peripartum. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(12):1761-8. DOI: [10.1089/jwh.2020.8669](https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8669) PMID: [33434445](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33434445/)
71. Matthey S, Ross-Hamid C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord*. 2011;133(3):546-52. DOI: [10.1016/j.jad.2011.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.004) PMID: [21641046](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21641046/)
72. van den Heuvel MI, Johannes MA, Henrichs J, Van den Bergh BR. Maternal mindfulness during pregnancy and infant socio-emotional development and temperament: the mediating role of maternal anxiety. *Early Hum Dev*. 2015;91(2):103-8. DOI: [10.1016/j.earlhumdev.2014.12.003](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.003) PMID: [25577496](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577496/)
73. Kores Plesničar B. Osnove psihofarmakoterapije. Maribor: Univerza v Mariboru; 2008.
74. The NHS Commissioning Board/NHS England. National Health Service Commissioning Board: annual report and accounts: 2013-14. Leeds: NHS England; 2014. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/nhs-comm-board-ann-rep-1314.pdf>.
75. Rus Prelog P, Vidmar Šimic M, Premru Sršen T, Rus Makovec M. Contextual-relationship and stress-related factors of postpartum depression symptoms in nulliparas: a prospective study from Ljubljana, Slovenia. *Reprod Health*. 2019;16(1):145. DOI: [10.1186/s12978-019-0810-x](https://doi.org/10.1186/s12978-019-0810-x) PMID: [31533847](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31533847/)
76. Prelog PR, Makovec MR, Šimic MV, Sršen TP, Perat M. Individual and contextual factors of nulliparas' levels of depression, anxiety and fear of childbirth in the last trimester of pregnancy: intimate partner attachment a key factor? *Zdrav Varst*. 2019;58(3):112-9. DOI: [10.2478/sjph-2019-0015](https://doi.org/10.2478/sjph-2019-0015) PMID: [31275438](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275438/)
77. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. Ljubljana. 2009; Ljubljana: IVZ RS; 2010.
78. Rus Makovec M. Psihiatrične motnje pri nosečnicah. *Med Razgl*. 2011;50:189-93.