

DUŠEVNE MOTNJE V NOSEČNOSTI, PUERPERIJI IN LAKTACIJI

Milan Ličina

Duševne motnje v nosečnosti, v puerperiju in laktaciji so opazovali in spremljali od antičnih časov naprej. Pripisovali so jim biološki in ne mistični pomen. Prvi pravi klinični opisi in razlage ter poskusi zdravljenja potekajo od 19. stoletja naprej (1). Ves čas je odprto vprašanje pomena teh motenj za posameznika in družbo, kot tudi vprašanje specifičnosti ali nespecifičnosti teh motenj.

Tabela 1: Zgodovinski oris spoznavanja poporodnih duševnih motenj (34)

Leto	Avtor	Ugotovitve
460 - 370 pr.n.š.	Hipokrat	Prvi opis
1845	Esquirol	Prvi sistematični opis
1847	Holm	Infekcijski vzrok težav
1858	Marcee	Puerperalni psihotični sindrom
1877	Magnon	Pomen dednih dejavnikov
1893	Regis	Pomen avtointoksikacije
1921	Kraepelin	Poporodne in laktacijske psihoze
1932	Grauder	Pomen endokrinih sprememb
1936	Romer	Endogene psihoze v puerperiju

Nosečnost ima za žensko poseben pomen. Želja po otroku in materinstvu je ena od njenih najglobljih želja. Nosečnost ji pomaga pri njeni identifikaciji, pri sprejemanju ženske vloge, pri oblikovanju njene samopodobe. Predvsem skozi prvo nosečnost se oblikuje materinski čut. V tem procesu pride do separacije od lastne matere in procesa individualizacije. Lastna mati je za nosečnico "vzor", po njej se zgleduje v svoji materinski vlogi in odnosu do otroka.

Poleg osnovnih bioloških povezav s plodom v maternici so pomembne tudi psihološke (3). V drugem tromesečju nosečnosti, ko mati začuti otroka, se zave, da nosi novo bitje in se njena pozornost obrača navznoter. V tretjem tromesečju nosečnosti se pripravlja na porod in ločitev od otroka. Čuti povečano željo po zaščiti in varnosti.

V odnosu do lastnega otroka prehaja nosečnica skozi faze inkorporacije, identifikacije, diferenciacije in separacije. Osebnost ženske se oblikuje skozi nosečnost. Govorijo o posebnem dozorevanju ženske (4).

V odnosu do nosečnosti se je spreminjala tudi vloga ženske. Nekoč so bile ženske spoštovane le kot matere, neplodne ženske pa so zaničevali. Danes se veliko žensk odloči za življenje brez otrok zaradi svojih poklicnih in drugih interesov, so pa tudi ženske, ki si želijo otroka, vendar želijo živeti brez partnerja. Želja po otroku in materinstvu je posebno izražena pri ženskah, ki vrsto let poskušajo zanositi tudi z umetno oploditvijo.

Pri preoblikovanju ženske med nosečnostjo igrata vlogo njena inteligentnost in temperament ter kulturni in socialni dejavniki (5). V tem obdobju je ženska izrazito "ranljiva", lahko pride do čustvene ambivalence, anksioznosti in depresivnosti, do negativne samopodobe, ki se prenaša v poporodno obdobje in obdobje materinstva. Lahko pride do nesprejemanja ženske vloge, do konfliktov z lastno materjo in partnerjem, do zavračanja seksualnosti, do t.im. "Madoninega kompleksa" idr. (6).

Med nosečnostjo se pri ženski pojavijo velike spremembe na **biološkem področju**. Poveča se koncentracija estrogena, progesterona, oksitocina, hormonov žleze ščitnice, povečajo se volumen plazme in ekstracelularne tekočine, minutni volumen srca in delovanje ledvic. Dihanje je pospešeno in dihalni volumen povečan. Zmanjša se motiliteta prebavnega trakta (7).

Pri ženskah se poleg zelene in načrtovane nosečnosti srečujemo z nenačrtovano in neželjeno nosečnostjo. **Neželena nosečnost** je ena od najtežjih stresnih situacij za mater in plod in ju ogroža. Lahko pride do zavestnega ali nezavednega odklanjanja ploda, pojavijo se velika nihanja v čustvenem stanju matere. Glede na odnos bodočih mater do nosečnosti in otroka so oblikovali 4 tipe bodočih mater (8):

a) **Idealna mati**, ki je pozitivno motivirana do svoje nosečnosti in ženske vloge, ki ima urejene odnose do lastne matere in partnerja.

b) **Ambivalentna mati**, ki nezavedno odklanja svojo nosečnost in rojstvo otroka. To skriva s pretiranimi pripravami na rojstvo.

c) **Hladna mati**, ki ni sprejela svoje ženske vloge, je do otroka obzirna, vendar ne zna kazati ljubezni.

d) **Tako imenovana sovražna mati** ni sprejela nosečnosti in goji nega-

tivna čustva do nje. Pogosto je ta skupina bodočih mater tudi sama v hudi čustveni stiski in stresni situaciji, zapuščena, brez podpore partnerja, domačih, družbe (9).

Vedenje bodoče matere v neželeni nosečnosti je lahko povsem neustrezno: zanemarja higienske obveznosti, hira, prisotni so abuzusi.

DUŠEVNE MOTNJE MED NOSEČNOSTJO

Lahko so prisotne med celo nosečnostjo, bolj pogoste pa so v 1. in 3. tromesečju (10).

1. **Pica** je ena od motenj hranjenja, gre za uživanje neustrezne hrane med nosečnostjo ali za poseben okus nosečnic.

2. **Namišljena nosečnost** ali "pseudocista". Pacientke imajo telesne znake, značilne za nosečnost, abdominalne kolike, povečanje trebuha in telesne teže, pigmentacijo. Javlja se pri ženskah vseh starosti, redkeje pri moških. Ženske so lahko izven rodnega obdobja. Obravnavajo jo v sklopu somatoformnih ali disociativnih motenj. Značilni so negativni testi HGG v plazmi in urinu in negativni UZ abdominalna. V osnovi gre za intrapsihične konflikte. Sami smo imeli več bolnic, kjer je bila namišljena nosečnost povezana s psihotično motnjo.

3. **Anksiozna stanja** v nosečnosti so pogosta. Nosečnice navajajo palpitacije, omedlevice, bojazen pred smrtjo. Prisoten je strah pred porodom in strah, da bi bil otrok prizadet. Prisotne so lahko fobične anksiozne motnje, kot tudi hude panične atake. Menijo, da ima 52 % nosečnic med prvo nosečnostjo obsesivno kompulzivne simptome (11). Visoka stopnja materine anksioznosti med nosečnostjo se povezuje z nosečnostnim bruhanjem, gestozami EPH, spontanimi splavi, s prematurnostjo, s podaljšanimi porodi in pogostejšimi porodnimi zapleti (12).

Kot posebno rizični opisujejo dve skupini bodočih mater:

a) Matere, mlajše od 16 let, ki težko sprejemajo svojo vlogo in pri katerih je veliko zapletov, so pogosto v težki socialni situaciji in reagirajo z depresivnostjo.

b) Matere, starejših od 35 let, ki imajo pogosto izraženo hudo anksioznost med nosečnostjo in po porodu. So pa bolj pripravljene na porod in otroka, ker skrbno načrtujejo svojo nosečnost (13).

4. **Anksiozno depresivna in depresivna stanja**. Ločimo blaga in zmerna depresivna stanja ter huda stanja s psihotičnimi simptomi ali brez njih.

Depresivno stanje se lahko pojavi prvič v nosečnosti, lahko gre za ponavljajočo se depresivno motnjo med nosečnostjo ali celo za poslabšanje stanja pri nosečnici, že zdravljeni zaradi bipolarnе afektivne motnje (14). Simptomatika depresivnega stanja v nosečnosti se bistveno ne razlikuje od simptomatike depresije v drugih življenjskih obdobjih. Značilno je depresivno razpoloženje, izguba interesov, pomanjkanje energije, povečana utrudljivost in zaskrbljenost. Pri globljih depresivnih stanjih je izražena anhedonija. Prisotne so motnje koncentracije in pozornosti, spanja, apetita, zmanjšani so libido, samozavest in samospoštovanje, prisotni so črnoglednost, občutki krivde, lahko tudi suicidalne misli in poskusi. Depresivna stanja v nosečnosti so lahko prikrita. Ugotovljeno je, da je 10-20 % nosečnic depresivnih (15). Obstajajo jasne povezave med depresivnim stanjem v nosečnosti in depresivnim stanjem po porodu. Ugotovljeno je, da blaga depresivna stanja v nosečnosti po porodu izzvenijo, srednje globoka in globoka depresivna stanja pa se še poglobijo (16).

Med rizične dejavnike za nastanek depresivnega stanja v nosečnosti navajajo depresivnost pri bodoči nosečnici, družinsko obremenitev z afektivnimi motnjami, prejšnje negativne izkušnje (spontan splav, težak porod, porod prizadetega otroka ali celo smrt otroka), težke socialne razmere nosečnice, abuzuse, predhodne suicidalne poskuse (17).

5. **Psihotične motnje v nosečnosti** - s temi se srečujemo redkeje, običajno v visoki nosečnosti. Lahko pride prvič do izbruha psihotične motnje ali do ponovitve - poslabšanja psihotične motnje, zaradi katere se je nosečnica že zdravila. Kljub relativno redkemu pojavljanju teh stanj je zelo pomembno poudariti, da so izredno težavne. Pred očmi imam nekatere nosečnice, ki so bile v bolnišnico sprejete mutacistične, aktivno ali pasivno negativistične, telesno ogrožene, pod vplivom hudih psihopatoloških doživetij ali celo po hudih poskusih samomora (18).

MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA V NOSEČNOSTI

Praviloma naj nosečnice ne bi dobivale medikamentozne (psihofarmakološke) terapije zaradi nevarnosti, da bi škodovala otroku. Po drugi strani bi se duševne motnje v nosečnosti brez ustreznega tretmana in terapije poglobljale. Medikamentozna terapija v nosečnosti bo posebej predstavljena, vendar bi omenil, da od (19):

a) antidepresivov v nosečnosti priporočajo triciklične antidepresive (TCA) v nizkih odmerkih ter inhibitorje ponovnega privzema serotonina (SSRI). Kategorično odsvetujejo uporabo inhibitorjev monoaminooksidaze (MAOI) med nosečnostjo. Izogibati bi se morali uporabi antidepresivov v obdobju organogeneze.

b) Pri uporabi anksiolitikov v nosečnosti svetujejo previdnost. Če je nujno, svetujejo lorazepam v nizkih odmerkih, odsvetujejo diazepam in alprazolam. Diazepam je v prvih 10 tednih nosečnosti kontraindiciran.

c) Svetujejo previdnost pri uporabi nevroleptikov v nosečnosti. V 1. tromesečju nosečnosti se jim je potrebno izogibati. Odsvetujejo sedirajoče in priporočajo visokopotentne nevroleptike, npr. haloperidol.

d) Stabilizatorji razpoloženja se uporabljajo pri nosečnicah, že zdravljenih zaradi bipolarnih afektivnih motenj. Litij v 1. tromesečju nosečnosti odsvetujejo, še bolj pa odsvetujejo terapijo s karbamazepinom in valproatom med nosečnostjo.

e) Elektrokonvulzivno zdravljenje (EKZ) v nosečnosti priporočajo pri najhujših duševnih motnjah s hudo avtoagresivnostjo. Svetujejo previdnost. Tudi sami smo imeli v preteklosti pozitivne izkušnje z EKZ pri najhujših psihotičnih motnjah v nosečnosti.

DUŠEVNE MOTNJE V POPORODNEM IN LAKTACIJSKEM OBDOBJU

Tabela 2: Klasifikacija poporodnih duševnih motenj (34)

Kraepelin in predhodniki	ICD 8,9 revizija	DSM III in ICD 9	DSM III R
	po simptomatiki:	1. Shizofreniformna psihoza	1. Organske bolezni
1. Poporodna duševna bolezen	shizofrene,	2. Kratke reaktivne psihoze	2. Afektivne bolezni
2. Laktacijska duševna bolezen	manične, depresivne poporodne psihoze	3. Atipične psihoze 4. Velike afektivne bolezni 5. Organski možganski sindr.	3. Atipične psihoze

Mednarodna zdravstvena organizacija (WHO) v svoji klasifikaciji bolezni MKB 10 (20) opredeljuje pod šifro F 53 duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem. Navajamo:

- F 53.0 Blage duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem (vključujejo poporodno depresijo).
- F 53.1 Težje duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem (vključujejo poporodno psihozo).
- F 53.8 Druge duševne in vedenjske motnje, povezane s puerperijem.
- F 53.9 Poporodna duševna motnja, nespecifična.

Puerperalne psihoze imenujemo psihoze, ki se pojavijo v puerperiju oziroma v obdobju 6 tednov po porodu. Laktacijske psihoze se javljajo po puerperiju v laktacijskem obdobju. Po DSM IV (Ameriško psihiatrično združenje, 1994) (22) poporodne duševne motnje niso specifične psihiatrične bolezni, značilno je, da se začenejo v prvih tednih po porodu, vključujejo psihotične in nepsihotične motnje. Pri psihotičnih poporodnih duševnih motnjah navajajo, da je prisotno nenavadno - dezorganizirano vedenje, pojavljajo se blodnje, halucinacije ter moten odnos do otroka. Prisotna je huda nevarnost samomora in razširjenega samomora.

Pogostnost sprejemov žensk v psihiatrične ustanove zaradi poporodnih in laktacijskih duševnih motenj se spreminja. Tako je E. Kraepelin 1919. leta navajal 11,7 % pogostnost vseh sprejemov v psihiatrične ustanove (6,9 % na račun poporodnih psihoz in 4,5 % na račun laktacijskih psihoz), Jonson leta 1964 2 - 5% in Vitorović 1978 2 - 3 % (34). Pogostnost puerperalne psihoze in laktacijske psihoze je približno 1-2 bolnic na 1000 porodov.

Pogosteje zbolijo prvorodke, kar 60 -70 % puerperalnih in laktacijskih psihoz gre na njihov račun. Pomembna je družinska obremenjenost s psihotičnimi motnjami - afektivne motnje pri sorodstvu se pojavljajo v 20 -25%, obremenjenost z drugimi duševnimi motnjami pa je manjša (23).

Puerperalna psihoza in laktacijska psihoza se pojavita v 2 - 3 tednih po porodu, običajno v prvih 14 dneh. Pogosto se začneta s prodromalnimi simptomi po porodu, kot so izguba spanja, apetita ter emocionalna labilnost. Mati je pretirano zaskrbljena za otroka, nenehno bedi, posluša, če diha, v strahu je, da bi otrok umrl. Porodnica postaja vse bolj nemirna in zbegana, pojavijo se blodne misli in motnje zaznav. Obstaja velika nevarnost samomora in razširjenega samomora. Približno 5 % mater s puerperalno psihozo in laktacijsko psihozo poskuša samomor. Imamo vtis, da sta se klinični sliki pri puerperalni psihozi in laktacijski psihozi spremenili. V preteklosti sta bili bolj podobni organsko pogojenim psihozam medtem, ko sta danes bolj podobni endogenim psihozam (24).

Pri puerperalnih in laktacijskih psihozah zaradi nevarnosti, ki jih spremljajo, običajno pride do hospitalizacije v psihiatrični ustanovi in začasne ločitve med otrokom in materjo.

Puerperalna in laktacijska psihoza predstavljata le "vrh ledene gore", majhen del poporodnih duševnih motenj. Velik del teh motenj, ki tudi zahteva resno obravnavo, je bolj nevrotične in reaktivne narave.

Med poporodnimi duševnimi motnjami zavzemajo posebno mesto poporodne depresije zaradi svoje pogostnosti ter vpliva na poznejše življenje matere in otroka ter na odnose v družini (25, 26). Menijo, da se pojavljajo pri 3 - 33 % porodnic. Pri tem gre v 3 % za globlja depresivna stanja, pri drugih pa za srednje globoka in blaga depresivna stanja.

Avtorji jih delijo na poporodno otožnost, poporodno nevrotično depresijo in poporodno psihotično depresijo.

Poporodna otožnost se pojavi pri 50 - 60% žensk po porodu. Povezana je s hitrim padcem nivoja horionskih gonadotropinov, progesterona, estrogena, kortizola, androgenov in ketosteroidov po izločitvi posteljice. Pojavi se po 48 - 72 urah po porodu. Pri porodnici je izražena čustvena labilnost, jokavost, blažja depresivnost. Poporodna otožnost običajno izzveni in ne pusti posledic. Lahko se pa tudi pogloblja in dobi druge dimenzije.

Poporodna (nevrotična) depresija se razvije v obdobju do 2 leti po porodu. Navajajo, da so simptomi povezani z utrujenostjo matere. Stanje se slabša proti večeru. Matere so razdražljive, slabo spijo, nimajo apetita, so brezvoljne, pretirano so zaskrbljene za otroka, dvomijo vase, če so dobre matere, težko skrbijo za otroka.

Matere z nevrotično depresijo predstavljajo veliko skupino mater, ki imajo po porodu resne težave. Velikokrat za njihove težave ne vedo niti domači niti zdravstveni delavci. Poporodna nevrotična depresija ima negativne posledice v odnosu do otroka in partnerja, lahko se pogloblja in dobi psihotične dimenzije (27).

Poporodna (psihotična) depresija se pojavi nenadoma v prvih tednih po porodu. Ima značilnosti depresivne psihoze. Izraženi so znaki strahu, vznemirjenosti in motenj motorične aktivnosti (agitacija ali stupor). Prisotne so depresivne in samoobtoževalne blodnje. Mati se boji, da bi škodovala otroku, grozi s samomorom ali ga celo stori. Redko ima paranoidne misli. Stanje mater se nenehno spreminja. Zaradi nevarnosti avto- ali heteroagresivnega dejanja jih je potrebno zavarovati, celo hospitalizirati. Ugotovljeno je, da se v slovenskem prostoru blažja oblika depresivnosti pojavlja pri 21,5 %, srednja pri 9 % in težja pri 2,5 % porodnic (28).

Med predispozicijske dejavnike pri nastanku poporodnih depresij spadajo porod pri primiparah in pri ženskah, ki so imele nepravilnosti v generativni dobi ali relativno dolgo obdobje neplodnosti, porod s carskim rezom, porod z velikim tveganjem za nedonošenost; neželena nosečnost; pomanjkanje podpore s strani najbližjih ter osebnostni in družinski dejavniki; prejšnja epizoda poporodne depresije ali drugačna (pretežno afektivna) duševna motnja; družinska obremenjenost z afektivno psihozo (30).

Zaradi poporodne depresije pride do motenj v odnosu matere do otroka in partnerja. Menijo, da imajo depresivne matere po porodu emocionalno zaviralno vlogo. Zavirajo otrokovo osamosvojitve, procese zgodnje socializacije in formiranja. Pri otroku pride do motenj kognitivnih funkcij (29).

Pri blažjih poporodnih depresijah zadostuje suportivno vodenje. Zelo koristna je skupinska obravnava oziroma skupina za samopomoč. Dileme nastanejo, če je depresivno stanje po porodu tako globoko, da zahteva medikamentozno antidepresivno terapijo. V literaturi priporočajo TCA in SSRI tudi med laktacijo (31). Drug pristop, ki je bolj konzervativen in h katerem nagiba tudi podpisani, je prekinitve laktacije pred uvedbo antidepresivne oziroma druge psihofarmakološke terapije.

Zagovorniki medikamentozne terapije med dojenjem menijo, da je otrok intrauterino dobival višje doze medikamenta in da je nivo medikamenta v materinem mleku le 1 % koncentracije zdravila v plazmi matere. Enako svetujejo z uvedbo stabilizatorja razpoloženja. Niso pa še povsem raziskani vplivi medikamenta na razvijajoče se možgane pri otroku.

Poporodna depresija izzveni v povprečju po 1 letu zdravljenju. Ponovi se lahko ob naslednji nosečnosti in porodu. Pogostost ponovitve simptomatike v naslednji nosečnosti niha med 9,5 – 35%, v povprečju 20 % (32). Pogosto je poporodna psihoza ali poporodna depresivna psihoza uvod v poznejše afektivne motnje, celo v 50 % (33). Prehod v druge psihotične motnje je redkejši.

Posebej obravnavana skupina nosečnic in porodnic so ženske, ki so že prebolele psihotično motnjo, vendar želijo imeti otroka. Za nosečnost se odločijo s partnerjem, po premisleku in posvetu z lečečim zdravnikom. Opozorjene so na vse nevarnosti in tveganje. Zanosijo v dobri remisiji. Med nosečnostjo so vsaj v 1 tromesečju brez medikamentozne terapije. Za to se odločimo pozneje, če pride do eventualnega poslabšanja. Po porodu se zaradi preprečitve ponovitve bolezni odločamo za prekinitve laktacije (razumljivo le s soglasjem matere) in uvedbo potrebnega medikamenta (antidepresiv, stabilizator razpoloženja). Sami smo imeli pozitivne izkušnje z uvedbo nevroleptika v depojski obliki (največkrat Clopixol depo) pri materah, ki so bile že zdravljene zaradi shizofrenskih in podobnih psihoz.

V praksi smo imeli nekaj mater, ki so zaradi svoje bolezni in hudih psihopatoloških doživetij morale dobivati celo nosečnost nevroleptike v depojski obliki, oziroma so bile nekoliko starejše in niso vedele za svojo nosečnost. Kakšnih posebnih nepravilnosti pri otrocih po porodu ni bilo.

LITERATURA

1. Rehman AU St Clair D, Platz C. Puerperal insanity in the 19 th and 20 th Centuries. Br J Psychiatry 1990; 156: 861-65.
2. Welles-Nystom BL, DE Chatcan P. Maternal age and transition to motherhood: prenatal and perinatal assessments. Acta Psychiatr Scand 1987; 76: 719-25.
3. Milakovič J. Kada su majke i njeno dete bili sami. Sarajevo: Svjetlost, 1986.
4. Colletta ND. At risk for depression: a study of young mothers. I. genet Psychol 1983; 142: 301-10.
5. Schwartz RW. Psychology of normal Pregnancy. In: Bechow R,ed. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 15 th ed. Merck & Co, 1987: 1744-8.
6. Apfel RJ, Mazoz MD: Psychiatry and reproductive medicine. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry ed 5, Williams & Wilkins: Baltimore, 1989: 1331.
7. Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. Br J Psychiatry 1994: 288-93.
8. Rottmaun G. Die vorgeburtliche Mutter-Kind Beziehung. Dissertation, Salzburg: Philos. Fakultat d. Univ. Salzburg: 1974
9. Luhesch M. Psychogene Faktoren der Schwangerschaft. Disertationsarbeit. Salzburg. Phyl. Fak. d. Univerzitat Salzburg: 1975
10. Steiner M, Yorkers K. Mood Disorders associated with childbearing. In: Depression in Women. Dunitz Ltd., 1998: 26-48.
11. Hechtman L: Teenage mothers and their children: Risk and problems: A review. Can J Psychiatry 1989;34: 569.
12. Pajntar M. Psihosomatske komplikacije nosečnosti in poroda. Zdrav Vestn 1982; 51: 187-90.
13. Velikonja V. Vpliv dejavnikov okolja na psihični razvoj prezgodaj rojenih otrok v prvem letu življenja. Magistrska naloga. Ljubljana, Filozofska fakulteta, oddelek za psihologijo, 1990.
14. Bronchington JF, Schofield EM, Donnelly P, Hyde C. A clinical study of

- postpartum psychosis. Sandler V, ed. *Mental Illness in pregnancy and the puerperium*. Oxford: Oxford University Press, 1978: 59-66.
15. Janicek PG. *Handbook of Psychopharmacotherapy*. Williams & Wilkins, 1999: 309-13.
 16. Mlakar J, Ličina M, Jensterle J, et al. Psihosocialni dejavniki poporodne depresivnosti (primerjava afektivnih stanj pred in po porodu). Ljubljana, RŠSS-RSRDT UPP Duševno zdravje 1984 :90.
 17. Kendell RE, Chalmers IC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
 18. Ličina M, Mlakar J. Poporodne in laktacijske psihoze obravnavane v UPK Lj.-Polje v času od 1945-55 in 1965-75. *Zdrav Vestn* 1984; 6: 309-12.
 19. Weller E. Women at risk for infanticide: phenomenology and pharmacotherapy. In: *American Psychiatric Association Annual Meeting, 1999*.
 20. World Health Organisation. *International Classification of Diseases. 10 th ed* Geneva: WHO 1992.
 21. Vitorović M. Psihične motnje v zvezi z generativnimi procesi. Puerperij, laktacija. In: Milčinski L, ed. *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 243-49.
 22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV*. Washington DC: APA, 1994.
 23. Schopt I, Bryois C, Jonguiere M. et al. A family hereditary study of post partum "psychosis". *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985; 235: 164-70.
 24. Ličina M, Mlakar J, Petek J: Spreminjanje klinične slike pri poporodnih in laktacijskih psihozah. In: *Zbornik radova 7 kongresa psihiatara Jugoslavije*, Budva 1984: 793-96.
 25. Bronchington IF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F. Stress and Puerperal Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 331-4.
 26. Hamilton JA. *Postpartum Psychiatric Problems*. St. Luis: C.V. Mosby, 1962.
 27. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, et al. Non psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 799-806.
 28. Ličina M, Jensterle J, Mlakar J, Čuk M, Cerar V. Incidenca poporodne depresivnosti v povezavi s psihosocialnimi dejavniki. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 369-72.
 29. Harvery D. Maternal mental illness - the effect on the baby. In: Sandler M, ed. *Mental illness and Pregnancy and the Puerperium*. New York: Oxford University Press, 1978:112-9.
 30. Volkmer FR. Social communicative development in the first year of life.

Washington, DC: Scientific Meeting of the National Center for Clinical Infant Programs,1983.

31. Taylor D, Duncan D, Mc Connell H, et al. Treatment of Special Patient Populations: Pregnancy and Lactation. In: Prescribing Guidelines 5 th ed. London: Martin Dunitz, 1999: 79-88.
32. Osofsky HJ, Osofsky JD. Postpartum depression. Psychiatry: Clinical Update. The Upjohn Company ,1984: 1-8.
33. Stevens BC: Psychosis associated with childbirth. A demographic survey since the development of community care. Soc Sci Med 1971; 5: 527-43.
34. Ličina M, Radovanovič M: Poprodne duševne motnje s poudarkom na porodni depresivni simptomatiki. Med Razgl 1995; 34: 245-61.