

## NOSEČNOST IN POROD KOT STRES

**Janez Rojšek**

McDonald (1968) meni, da je nosečnost psihični stres, ki sproža spremembe v številnih organskih sistemih. Nosečnost zajema tako biološke kot psihološke in sociološke faktorje (Cividini-Stranić 1975).

Chertok (1971) nadaljuje, da je porod psihosomatični proces "par excellence", v katerem sta psihologija in fiziologija neločljivo povezani. Po njegovem mnenju imajo številni vidiki nosečnosti in poroda psihosomatično naravo, tako fiziologija nosečnosti in poroda kot povsod pričujoče vprašanje bolečine.

Vrsta raziskav dokazuje, da kontinuirane stresne situacije, ki delujejo na nosečnost prek kronične hiperaktivnosti adrenokortikalnega sistema in povečanega delovanja vegetativnega živčnega sistema, predvsem simpatika, povzročajo psihosomatske motnje (Pajntar 1964, 1994).

Ali bo stresor deloval v nosečnosti tako, da bo ogrožal nosečnost, porod in otroke, je odvisno od več dejavnikov: na eni strani sta to moč in dolžina delovanja stresa, na drugi strani pa so pomembne obrambne sposobnosti ženske. Te so genetsko povezane z različnimi somatskimi, predvsem vegetativnimi strukturami, močno pa so odvisne tudi od njene osebnosti (Pajntar 1964, Kagan in Levi 1979).

Rippmann (1972), Carlson in Labarba (1979) menijo, da lahko stresno oziroma konfliktno deluje že sama nosečnost, zlasti če je neplanirana ali nezaželena. Za nekatere ženske je nosečnost stresna zaradi sprememb v življenjskih navadah, do katerih pride zaradi nosečnosti, poroda in otroka. Pride do novih omejitev in do odgovornosti, ki lahko hitro zbudijo strah in dvom o sposobnosti za materinstvo. Strah pred porodom je pogost predvsem pri ženskah, ki so že imele slabe izkušnje pri porodu (Gyves 1985). Carlson in Labarba (1979) pa poudarjata, da prihaja do strahu tudi zaradi stresov, ki se pojavljajo istočasno s porodom. To so stresi socialnega okolja.

Labhart in sodel. (1974) so pozornost usmerili na pomembne spremembe v okolju, do katerih pride zaradi nosečnosti ženske, posebej v odnosu med partnerjema pri neporočenih, ter odnos matere nosečnice. Poseben pomen ima agresivnost, ki se pojavlja v komunikaciji med nosečnico in socialnim okoljem, ki pa jo je mogoče zaslediti že pred nosečnostjo.

Molinski (1977) opozarja na pomemben občutek inhibiranosti in nezmožnosti teh žensk, da bi pravilno reagirale tako v realnosti kakor tudi v fantaziji. To lahko pripelje do oživljanja različnih zakonskih konfliktov, socialnih potreb, povezanih z nosečnostjo, oziroma do konflikta v emocionalnem doživljanju materinstva.

Spielberger in Jacobs (1979) opozarjata, da na obstetrične komplikacije močno vplivata materinski emociji jeza in sovraštvo, saj imata močne fiziološke in psihosomatske učinke. Zato bi bilo dobro ob zdravniških pregledih izmeriti njuno moč. Seveda pa bi bilo treba oblikovati ustrezne indikatorje moči.

Kagan in Levi (1979) sklepata, da psihosocialne stresorje predstavlja vsaka grožnja preživetju, ljubezeni in občutku pripadnosti, statusu, samospoštovanju ali samoizrazu.

Mrdenović (1987) v razpravi o krizi materinstva – tako krizo doživljajo vse ženske, ne glede na njihovo osebno zgodovino - poudarja pomen akutnega socialnega problema kot stresorja, ki sicer lahko deluje soodvisno s psihološko krizo. Tako so v francoski bolnišnici, kot navaja avtor, pri 98% nosečnic ugotovili pomembno povezavo med zgodnjim in izraženim zavračanjem otroka ter stanovanjskimi problemi.

Mrdenović (1987) poudarja, da gre pri tem za verbalno izraženo zavračanje. S psihološkega vidika pa so posebej pomembne želje po otroku ali zavračanje otroka, ki se pojavljajo na nezavednem in ne na zavednem nivoju.

Reading (1983) navaja, da so raziskave pokazale, da se pri ženskah, ki že imajo otroke in ob tem le malo socialne podpore in je njihovo materialno stanje slabo, pogosto pojavljajo depresije. Meni, da se porod s tem uvršča med rizične faktorje za depresijo. Pri tem Demittenaere K. in sodelavci (1995) na osnovi svojih raziskav opozarjajo, da je izjemno pomemben element pri napovedovanju depresije odsotna ali pomanjkljiva podpora partnerja med nosečnostjo. Ta napoveduje tudi visoko stopnjo depresije 6 mesecev po porodu. Seguin L. in sodelavci (1995) pa v ta okvir napovedovalcev uvrščajo tudi kronične stresorje, kot so finančni in stanovanjski problemi, negativni življenjski dogodki in nezadostna oz. neprimerna socialna podpora, ki so povezani z visoko stopnjo depresivne simptomatike med samo nosečnostjo.

Gyves (1985) opozarja, da je hospitalizacija, indicirana zaradi rizične nosečnosti, lahko pomemben stresni dejavnik. Občutek nebogljenosti, nemoči in odvisnosti še potencira čustveno ranljivost, ki tako pogosto spremlja hospitalizacijo, vse skupaj pa se konča z depresijo.

Kagan in Levi (1979) sklepata, da psihosocialni stresorji lahko sprožijo tri tipe potencialno patogenih odzivov:

- emocionalne (strah, anksioznost, negotovost, jezo itd.),
- fiziološke (disfunkcije organskih sistemov, "Selye stres" odziv),
- vedenjske (izogibanje, defenzivne manevre za spremembo kognitivne ocene situacije ali grožnje).

Vsi trije odzivi v času nosečnosti, poroda in poporoda opredeljujejo različno čustvovanje, funkcioniranje in vedenje.

Cividini-Stranić (1975) dodaja, da s psihoanalitičnega vidika v vsakem stadiju in na vsaki ravni srečamo ambivalenco in s porodom vezano prehodno anksioznost .

Spilberger in Jacobs (1979) ter Reading (1983), ki so opravili celovit pregled problematike anksioznosti v porodništvu, sklepajo:

- da je doslej največ doslednih dokazov za trditev, da obstaja linearna zveza med anksioznostjo (state anxiety) in komplikacijami med nosečnostjo in porodom;
- da je treba ločiti med "state anxiety" in "trait anxiety", vendar doslej v raziskavah niso našli pomembnih razlik v stopnjah "trait anxiety" med ženskami s komplikacijami v nosečnosti, pri porodu in pri novorojencu ter med ženskami, ki niso imele naštetih komplikacij; razlike pa se kažejo v različnih vzorcih "state anxiety" med nosečnostjo;
- pri ženskah z nenormalno nosečnostjo je opaziti povečano "state anxiety" v tretjem in četrtem mesecu nosečnosti, nato se zniža in tik pred porodom (ok. 2 tedna) še upade;
- "state anxiety" je pri ženskah z normalno nosečnostjo zadnjih šest tednov dokaj nizka, teden dni pred porodom se izrazito zviša;
- komplikacije lahko povzročijo tudi anksioznost ali pa je oboje posledica tretjega faktorja;
- anksioznost ima lahko vlogo nevroendokrinega sprožilca na kateholaminski osnovi (pospešeno ali zavirano izločanje noradrenalina). Tako so ženske, ki so hitro rodile, pokazale visoko začetno stopnjo "state anxiety", pri počasnih porodih pa gre za hitro naraščanje anksioznosti;
- vsi posplošeni sklepi so zaradi obširne metodološke problematike in same narave anksioznosti dvomljivi.

Strah je eden od pogostih simptomov nosečnosti, vendar ponavadi ne dobi znamenj izrazitejše patologije, saj ego s svojo močjo omogoča, da se burni psihosomatični procesi nosečnosti ne doživljajo in ne ocenjujejo kot bolezen (Pajntar 1964, Kyank, Schwarz in Frenzel 1987).

Mrdenović (1987) je v obširni raziskavi kategoriziral strahove, zvezane z nosečnostjo in materinstvom, v pet skupin:

1. Strahovi, ki se pojavljajo v času nosečnosti in se delijo v dve podskupini:
  - a) strahovi, zvezani z materino osebnostjo (strah pred smrtjo, norostjo, spremembo slike o sebi, splavom, izgubo ljubezni, emocionalnimi spremembami, padcem in poškodbo, seksualnim odnosom, morečimi sanjami);
  - b) strahovi, zvezani z otrokom (strah pred rojstvom spačka, telesno ali duševno prizadetega otroka, pred intrauterino smrtjo otroka, pred rojstvom nedonošenčka, pred škodljivimi vplivi zdravil in strah, zvezan s spolom otroka).

Psihodinamične raziskave kažejo, da ti strahovi ponavadi pomenijo obnavljanje starih kastracijskih in separacijskih strahov. Tako strah, da bi se otroku kaj zgodilo, pomeni ambivalenten odnos do sprejetja otroka. Ambivalenco pri tem lahko razumemo kot burno dinamiko razvoja "selfa", razvoja materinske vloge in kot del celovitega psihološkega razvoja ženske.
2. Strahovi pred in med porodom (strah pred prezgodnjim porodom, bolečim porodom, smrtjo, porodom spačka, kirurško intervencijo, izkrvavitvijo, zadušitvijo otroka, padcem ali zamenjavo dojenčka).
3. Poporodni strahovi (strah pred pomanjkljivim doživljanjem otroka, spremembami razpoloženja, nenadno smrtjo ali boleznijo otroka).
4. Strahovi, zvezani z materinstvom (strah pred vlogo matere, ki jo čaka, pred pomanjkljivimi čustvi do otroka, slabim likom matere, pomanjkanjem nežnosti in nege, bodočnostjo otroka itd.).
5. Kulturno-socialni in ekonomski strahovi (strah pred rojstvom nezakonskega otroka, prekinitvijo komunikacije s starši, starševsko vlogo, prekinitvijo šolanja in poklicnega izpopolnjevanja in napredovanja, zakonskimi obveznostmi, ekonomskimi in stanovanjskimi težavami, nezaposlenostjo itd.).

Pri nevrotično strukturirani osebnosti lahko spremembe v konstelaciji ega in nagonov v času nosečnosti pripeljejo do mobilizacije starih nevrotičnih konfliktov, lahko pa nastanejo tudi novi. Tako Hertz in Molinski (1981) trdita,

da gre pri tem večinoma za psihogene motnje in ne za psihosomatiko, kamor sicer prištevata:

- okrnjeno splošno počutje in občutke slabosti,
- funkcionalne organske motnje z oralno vsebino oziroma osnovo,
- nosečnostno bruhanje,
- bolečine v zgodnji nosečnosti,
- spontani splav.

Med psihogeno simptomatiko, ki jo srečamo pri nosečnicah, pa avtorja prištevata:

- pomanjkljivo prilagoditev na materinstvo in težave z identiteto,
- spremembe v karakterju (muhasto razpoloženje, tiransko vedenje),
- nagonsko (impulzivno) nevrozo (nosečnostno poželjivost, debelost, krajo),
- psihonevroze in psihoze.

Za primer navajata prisilno (anankastično) strukturirano žensko, ki lahko zaradi nepredvidljivosti, ki jo prinaša nosečnost, dekompenzira in pride v tako anksiozno stanje, ki ji komajda omogoča ustrezno in načrtno urejati vsakdanje življenjske zahteve.

Sicer psihoanalitiki poudarjajo, da je treba vse psihofiziološke manifestacije pri nosečnici opredeljevati skozi njeno strukturo osebnosti (Ferenezi 1934, Deutsch 1949, Bibring 1961, Cividini-Stranić 1975, Rojšek 1980). Tako je slabost mogoče interpretirati kot doživljanje gnusa zaradi nosečnosti, bruhanje kot poskus premestitve abortiranja na oralni nivo in pretirano željo po hrani kot kompulzivni simptom, ki naj bi razrešil bojazen oziroma tesnobo, nastalo zaradi podzavestne želje po prekinitvi nosečnosti, s simbolično fertilizacijo,. Tudi nezavedno enačenje otroka z intestinalno vsebino lahko zbudi odvratnost, ki se prenese na objekte zunanjega sveta (npr. fobija pred malimi živalmi in mrčesom, ki je dokaj pogosta pri nosečnicah).

Markham (1961) meni, da je trebe vrsto težav oziroma patoloških deviacij predvsem pri prvorodkah pripisati fiksaciji nosečnice na odnos med materjo in hčerjo. Izbira varovalnih mehanizmov odloča o manifestaciji te fiksacije v obliki nevrotične ali psihotične slike.

Racamier in sodel. (1961) navaja v poročilu o puerperalnih psihozah, da psihotična mati čuti, da je nevarna, in nevarna je tudi za svojega otroka. To pa zato, ker je v sebi začutila, da ogroža otroka in da je sama ogrožena s svojim odnosom do lastne matere.

Kulenović (1984) meni, da kljub temu redko prihaja do psihotičnih stanj, ki bi jih sprožila nosečnost. Glede na razpoložljivo literature in raziskave meni, da so pri nosečnicah pogostejše afektivne psihoze z depresivno sliko.

Imajo pa take težave v nosečnosti enak obseg oziroma so prav tako pogostne kot v drugih življenjskih okoliščinah in jih je, kot pravi, prav toliko tudi pri moških.

## **PSIHOSOMATIČNE KOMPLIKACIJE NOSEČNOSTI IN PORODA**

V zadnjih dveh desetletjih je bila na področju psiholoških in socialnih dejavnikov, ki vplivajo na potek nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, opravljena vrsta raziskav tako v tujini kot tudi pri nas. Prikazi v člankih s pregledom literature (Ferreira 1965, McDonald 1968, Pajntar 1964, 1971, 1973, Pajntar in sodel. 1975, 1976, 1977, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, Lavrič in sodel. 1981, 1984, Rojšek in sodel. 1980, Hertz 1981, Reading 1983, Frick-Bruder 1984, Rojšek 1990, itd.) opisujejo povezavo med različnimi abnormalnostmi nosečnosti, poroda in razvoja otroka ter prepartalno psihološko kondicijo matere.

Pajntar (1982) na podlagi ugotovitev tujih avtorjev in lastnega raziskovalnega dela sklepa, da zaradi nosečnostne emocionalne tenzije kar okoli 50 % nosečnic normalne populacije trpi zaradi nespečnosti, anksioznosti, skrbi in depresije; 82 % žensk skrbi, ali je plod, ki ga nosijo, normalen; 74 % žensk skrbi potek poroda; 52 % pa jih trpi, ker so postale v nosečnosti grde. Pomembno opredeljuje te visoke številke tudi dejstvo, da se v nosečnosti močno zmanjšajo fiziološke, psihološke in socialne sposobnosti prilagajanja na novo situacijo.

Pajntar(1982) meni, da je nevrotičnost z vegetativno labilnostjo tista osnovna osebnostna poteza, ki loči nosečnice in porodnice brez psihosomatičnih komplikacij od tistih, ki jih imajo. Navaja naslednje psihosomatične komplikacije:

Nosečnostno bruhanje (hiperemesis gravidarum) v blažji obliki in slabosti se pogosto pojavijo v prvem trimesečju kot verjetne posledica hormonskih in drugih fizioloških sprememb. Močnejše bruhanje v začetku, predvsem pa proti koncu nosečnosti nakazuje ambivalenten odnos do otroka, ki sodi v krog večjega števila nevrotičnih simptomov, ki jih srečamo pri teh ženskah.

Spontani in habitualni splav so proučevali kot posledico psihološkega stresa pri nosečnicah in pri nekaterih vrstah sesalcev. Pri primatih so ugotovili spremembe placente, ki so jih pripisali stresnemu delovanju, ki je povzročilo čezmerno izločanje adrenalina, kar je pripeljalo do konstrikcije uterinih arterij. S tem se zmanjšata uteroplacentarni obtok in produkcija progesterona v placenti. Vsemu temu in zaradi adrenalina zmanjšani produkciji MAO pa sledi povečana dejavnost uterusa, ki lahko povzroči splav ali prezgodnji porod.

Za ženske z več spontanimi splavi je bila značilna toga, stereotipna osebnostna naravnost s poudarjeno labilnostjo oziroma nevrotičnostjo, ki se je izražala v anksioznosti. Nosečnice, ki so v nadzorovani nosečnosti pozneje splavile, so bile izraziteje potrte, žalostne oziroma depresivne. S psihoterapevtskim podpornim tretmajem so ženske, ki jim je grozil splav, donosile in rodile zdravega otroka.

Prezgoden porod je pogosto zvezan s psihološkimi dejavniki, predvsem pri ženskah, ki prvič rojevajo, pri mladih ženskah, neporočenih materah in tistih, ki so imele splav ali so rodile mrtvega otroka. S psihološkega vidika je mišljenje teh žensk bolj stereotipno, manj fleksibilno, miselno se teže prilagajajo novim življenjskim situacijam. Čustveno so bolj odzivne, izraziteje odvisne in anksiozne, imajo težave z identiteto ali pa so poudarjeno narcisistične, imajo izražen ojdipov kompleks in zavedno in nezavedno odklanjajo nosečnost.

Komplikacije pri poteku poroda so pogoste predvsem pri nevrotičnih, vegetativno labilnih porodnicah, kjer sta močno podaljšani prva in druga porodna doba, posledice tega pa so pogostejše težje porodniške operacije. Pri tem je zanimivo, da se prva porodna doba podaljša predvsem pri porodnicah, pri katerih prevladujejo manične osebnostne značilnosti, pri nosečnicah z močnejše izraženo paranoidno značilnostjo osebnosti pa sta podaljšani prva in druga porodna doba. Komplikacije med porodom se kažejo pri dilataciji cerviksa, ki je pri ženskah z moteno osebnostno strukturo precej počasnejša kot pri normalnih ženskah. Določa pa jo močnejše delovanje simpatikusa.

Pomembno je poudariti, da so pri nevrotičnih ženskah, ki so rodile prvič in še niso izkusile, kako poteka porod, ugotovili vrsto strahov in socialnih stresov. Kljub temu so ob nekoliko daljši drugi porodni dobi, ko lahko ženska zavestno sodeluje in vpliva na potek poroda, rodile normalno.

EPH gestoza je rizično obolenje za mater, plod in novorojenca. Arteriolarne spazem kot fiziološki element EPH gestoze in hipertenzivnega žilnega obolenja je lahko posledica različnih dejavnikov, vključno psiholoških faktorjev. Prav raziskovanje tega obolenja, ki so ga opravili Pajntar in sodel. (1980, 1981) in Rojšek (1990), je potrdilo Readingove (1983) dvome o pravilnosti teze, da so nosečnice s komplikacijami, kot so hyperemesis gravidarum, splav, toksemija, prezgodnji porod in porodne težave, v okviru ene komplikacije homogena celota. Iz te nepreverjene domneve, nadaljuje Reading (1983), so tudi koncipirane primerjalne študije več komplikacij, saj so te dale tudi najbolj impresivne rezultate.

EPH gestoza - star naziv "toksemija" - je bolezen, ki se najpogosteje pojavlja pri nosečnicah v zadnjih treh mesecih nosečnosti z edemi (E), proteinurijo (P) in zvišanim krvnim pritiskom (H).

EPH gestoza je na predlog Organization Gestosis (OG) ime za sindrom, ki je imel pred desetletji okoli 60 do 70 različnih imen (Rippmann 1979). Tako lahko

razumemo tudi težave pri opredeljevanju njene epidemiologije, malce manj pa tudi etiologije in patogeneze. Razlike v podatkih o EPH gestozi se kažejo v definiciji, klasifikaciji in registraciji kot tudi v metodah preiskave, sistemih zdravstvenega varstva in statistični metodi. Tako podatki o njeni pogostnosti variirajo od 0,9 - 33,7% vseh nosečnosti ob perinatalni smrtnosti od 0,8 – 12,1%.

Klinične izkušnje in raziskave kažejo, da dobimo med ženskami z EPH gestozo 4 podskupine, ki se ločijo po temeljnih osebnostnih lastnostih, psihodinamiki in nekaterih psihosomatičnih značilnostih:

1. depresivno nevrotično reagiranje in zmerna EPH gestoza;
2. shizoidno depresivno nevrotično doživljanje in ravnanje z nizkim samospoštovanjem in hujša EPH gestoza;
3. konverzivno nevrotično doživljanje in ravnanje ter zmerna EPH gestoza;
4. anankastično nevrotično doživljanje in ravnanje ter huda EPH gestoza.

## ZAKLJUČEK

V pregledno oblikovanem zapisu smo skušali prikazati obširnost problematike nosečnosti, tako z raziskovalnega vidika kot tudi kliničnega dela.

Spoznanje, da nosečnice ob siceršnji mnogostrani bio-psiho-socialni determiniranosti v okviru ene nosečnostne komplikacije niso homogena celota, daje smernice za novo koncipiranje študij. Za klinično delo pa pomenijo ta spoznanja nove vsebine dela, ki naj omogočijo pogoje, v katerih bo bodoča mati mirno donosila in rodila. Sem lahko prištevamo predvsem:

- diagnostični in terapevtski postopek, dopolnjen s psihosocialnimi elementi, ki ga uporablja pri svojem delu ginekolog ter zdravstveno osebje na oddelkih;
- skupinske oblike dela z nosečnicami v materinski šoli kot psihoprofilaktična priprava na porod in prihajajočo materinsko vlogo z vsemi socialno psihološkimi spremembami in stiskami;
- relaksacijske programe, ki pomagajo nosečnici premagovati vrsto psihosomatskih težav, ki se v času nosečnosti in poroda lahko pojavijo ter pomagajo tudi pri pripravi na porod. Posebej je to pomembno pri nosečnicah, kjer bi lahko zaradi osebnostnih lastnosti pred porodom prišlo do hitrega zmanjševanja manifestne anksioznosti, ki bi nato našla svoj odvod preko telesnih disfunkcij;
- izhodišča za psihoterapevtske intervencije pri nosečnicah, kjer se težave psihogene narave po dveh do treh obiskih pri zdravniku ne bi umirile itd.

Izhodišče pri delu z nosečnicami, ki imajo psihosomatske težave v najširšem smislu besede, pa je vendarle **dober odnos**, ki ob zdravnikovi optimistični drži temelji na sprejemanju, razumevanju, toleriranju, spodbujanju itd.



1. BIBRING G. L., THOMAS F., DWYER M. (1961) A study of the psychological processes of pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanal. Study of the Child*. New York: Univ. Press, 16: 9-24
2. BREEN D. (1975) *The Birth of a First Child*. London: Tavistock
3. CARLSON D.B. LABARBA R.C. (1979) Maternal emotionality during pregnancy and reproductive outcome. *Int.J. Behavioral Development*, 2: 343
4. CHERTOK L. Cit. CARDENAS-ESKOVER A. (1971) V: *Psychosomatic medicine in obstetrics and gynecology*. Basel: Karger, 180
5. CIVIDINI-STRANIĆ E. (1975) Psihodinamika i klinička slika psihosomatskih reakcija. V: BLAŽEVIĆ D. in sodel. *Dinamska psihologija i psihoterapija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 175-206
6. DEMYTTENAERE K., LENAERTS H., NIJS P., Van ASSCHE FA. (1995) Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 91(2):95-102
7. DEUTSCH H. (1945) *Psychology of Women*. Vol. I. and II. New York: Grune and Stratton
8. FERENCZI S. *Thalassa: (1934) A theory of genitality*. *Psychoanal. Quart.*
9. GYVES M. T. (1985) The Psychosocial Impact of High Risk Pregnancy. *Adv. psychosom. Med.*, 12:71-80
10. HERTZ D. G., MOLINSKI H. (1981) *Psychosomatik der Frau*, Berlin Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1-159
11. KAGAN A., LEVI L. (1979) Psychosocial factors, stress and disease. V: CARENZA L., ZICHELLA L. *Emotion and Reproduction*. London, New York, San Francisco: Academic Press, 7-11
12. KAPOR-STANULOVIĆ N. (1985) *Psihologija roditeljstva*. Beograd: Nolit, 1-200
13. KYANK H., SCHWARZ R., FRENZEL J. (1987) *Geburtshilfe*. Köln: Deutscher Arzte Verlag
14. LABHARDT F., ARESIN L., EICHER W., LEHTINEN T., De SENARCLENS H., SINDENTOPF H. in ZICHELLA L. (1974) Psychosomatic aspects of EPH gestosis. V: HIRSH H. *The family*. Basel: S. Karger
15. MARKHAM F. (1961) A comparative evaluation of psychotic and nonpsychotic reaction to childbirth. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 31:565-578

16. MOLINSKI H. (1977) The subconscious fear of the child. Stuttgart: Kindler
17. MRĐENOVIĆ S. (1987) Značenje straha za vrijeme graviditeta. Psihoterapija. Zagreb, 17:27-37
18. NAAKTGEBOREN C., BONTEKOE E.H.M. (1978) Vergleichendgeburtshundliche Betrachtungen experimentelle Untersuchungen über psychosomatische Störungen der Schwangerschaft und das Geburtsblanfes. Z. Tierzuchtung und Zuchtungsbiologie. 91:278
19. PAJNTAR M. (1964) Vpliv nekaterih osebnostnih potez in nosečnostnih emocionalnih tenzij na nosečnost, porod in otroka. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta 1-144
20. PAJNTAR M. (1982) Psihosomatske komplikacije nosečnosti in poroda. Ljubljana: Zdrav. vestnik, 51: 187-190
21. PAJNTAR M., ROJŠEK J., BLEJEC T. (1980) Some psychodynamic characteristics of women with EPH gestosis, p. 102. V: Current status of EPH gestosis. Editors: A. KURJAK, E.T. RIPPMMANN, V. ŠULOVIĆ. Excerpta medica: Elsevier North-Holland, 102-106
22. PAJNTAR M., ROJŠEK J., BLEJEC T. (1981) Osebnostne lastnosti žensk z EPH gestozo. Kranj: Raziskovalna skupnost Slovenije, 1-34
23. PAJNTAR M., NOVAK-ANTOLIČ Ž. (1994) Nosečnost in vodenje poroda, Ljubljana, Cankarjeva založba
24. RACAMIER P.C., SENS C., CORRETIER L. (1961) La mere et l'enfant dans les psychoses du partum. Evol. psychiat., 4
25. READING A. (1983) Psychological Aspects of Pregnancy. London, New York: Longman, 1-127
26. RIPPMMANN E. T. EPH-Gestose. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1-238
27. RIPPMMANN E.T. (1979) Psychosomatic EPH-gestosis. V: CARENZA L., ZICHELLA L. Emotion and Reproduction. London, New York, San Francisco: Academic Press, 767-772
28. ROJŠEK J. (1990) Osebnostne lastnosti žensk z EPH-gestozo. Doktorska disertacija. FF-Oddelk za psihologijo, Ljubljana, 11-109
29. SEGUIN L., POTVIN L., St.-DENIS M., LOISELLE J. (1995) Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. Obstetrics & Gynecology 85(4):583-9
30. SPILBERGER C.D., JACOBS G.A. (1979) Emotional reactions to the stress of pregnancy and obstetric complications. V. CARENZA L., ZICHELLA L. (eds.). Emotion nad Reproduction. London: Academic Press, 13-24