

Amra Djerzić¹, Polona Campolunghi Pegan²

Tridesetletno spremljanje bolnic s poporodnimi duševnimi motnjami

Thirty-year Follow-up of Patients with Postpartum Psychiatric Disorders

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: poporodne motnje, psihoze, hospitalizacija, ambulantna oskrba, afektivne motnje, shizofrenija

Poporodno obdobje je čas hitrih in bistvenih bioloških, psiholoških in družbenih sprememb, ki lahko pri ženski sproži različne duševne motnje. Namen raziskovalne naloge je bil osvetliti dolgoročni potek poporodnih duševnih motenj, ki so zahtevale sprejem v bolnišnico. Želeli smo ugotoviti, kakšen je nadaljnji potek bolezni glede na klinično sliko ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje. Osnovna hipoteza je bila, da bo pri bolnicah, ki so ob prvem sprejemu zaradi poporodne duševne motnje kazale simptome motenj iz spektra shizofrenije, kasnejši potek bolezni težji kot pri bolnicah s klinično sliko razpoloženskih motenj. Vzorec so sestavljale bolnice, ki so bile v letih 1963–1975 zdravljenje na Psihiatrični kliniki v Ljubljani zaradi duševnih motenj, ki so nastale v obdobju prvih 6 mesecev po porodu. Bolnice smo glede na klinično sliko ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje razdelili na dve skupini: na bolnice z motnjo iz spektra shizofrenije in tiste z razpoloženskimi motnjami. Potek njihove bolezni smo ocenjevali glede na število in trajanje bolnišničnih zdravljenj ter glede na rednost ambulantnega psihiatričnega zdravljenja. Med skupinama smo primerjali tudi število poskusov samomora. Z raziskavo smo potrdili, da je pri bolnicah, ki ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje kažejo simptome motenj iz spektra shizofrenije, potek bolezni težji kot pri bolnicah s simptomi razpoloženskih motenj. Glede na klinično sliko ob prvem sprejemu zaradi poporodne duševne motnje ne moremo zanesljivo sklepati, kakšna bo končna diagnoza in potek bolezni. Za oceno napovedi je potrebno določeno časovno obdobje, v katerem se izkaže, ali se bo pri bolnici razvila kronična bolezen in katera bo njena končna diagnoza.

ABSTRACT

KEY WORDS: puerperal disorders, psychotic disorders, hospitalization, ambulatory care, affective disorders, psychotic, schizophrenia

The postpartum period is a time of rapid and fundamental biological, psychological and social changes, which can precipitate various psychiatric disorders in women. The aim of this study was to evaluate the long-term course of postpartum psychiatric disorders that required hospitalization. Our goal was to establish the course of the illness taking into account the clinical picture of postpartum psychiatric disorders during the first hospitalization. The basic hypothesis was that women with postpartum psychiatric disorders presenting with symptoms of schizophrenia spectrum disorders during their first hospitalization would probably have had a more severe course of the disease than women presenting with symptoms of affective disorders.

¹ Amra Djerzić, štud. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana.

² Polona Campolunghi Pegan, štud. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana.

The sample consisted of women who were hospitalized within the first 6 months of child-birth. All these patients were hospitalized at the Ljubljana University Psychiatric Hospital during the period from 1963 to 1975. The patients were divided into two groups according to the presenting symptoms of postpartum disorders during the first hospitalization: women with schizophrenia spectrum disorders and those with affective disorders. The illness course was evaluated regarding the number and duration of hospitalizations and regularity of outpatient psychiatric treatment. The numbers of attempted suicides in both groups were also compared.

The study confirmed that women with postpartum psychiatric disorders presenting with symptoms of schizophrenia spectrum disorders during their first hospitalization have a more severe course of the disease than women presenting with symptoms of affective disorders. The final diagnosis cannot be made only on the basis of the clinical presentation of postpartum psychiatric disorders upon first hospitalization. A longer time period is necessary to be able to give a prognosis and to see whether a chronic illness will develop, as well as to make the final diagnosis.

UVOD

Poporodne duševne motnje

Poporodno obdobje je čas hitrih in bistvenih bioloških, psiholoških in socialnih sprememb, ki lahko pri ženski sproži različne duševne motnje (1). Glede opredelitve poporodnih duševnih motenj obstajajo različna mnenja in še vedno ni dokončnega dogovora o njihovi razvrstitvi. V preteklosti so bile opredeljene kot samostojne bolezenske entitete, v zadnjih desetletjih pa prevladuje mnenje, da poporodne duševne motnje ne predstavljajo posebne skupine bolezni (2, 3). Pojavljajo se kot klinična slika različnih psihiatričnih bolezni, kot so anksiozne motnje, obsesivno kompulzivne motnje, bipolarna afektivna motnja, shizoa-fektivna motnja, ponavljajoča se depresivna motnja in shizofrenija (4, 5).

Tiste poporodne duševne motnje, ki jih glede na klinično sliko ne moremo uvrstiti v nobeno od prej omenjenih bolezni, pa lahko po MKB-10 razvrstimo v posebno skupino z oznako »duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem (puerperijem), ki niso uvrščene drugje« (6).

Kljub nejasnosti, ki obstaja na področju razvrstitve, ostajajo poporodne duševne motnje pomembna sestavina psihiatrične obravnave žensk v rodni dobi. Skrb za duševno zdravje v tem posebnem obdobju ima še posebno velik pomen zaradi vpliva materinega psihičnega stanja na razvoj vezi med materjo in otrokom. Ta vez pomembno vpliva na otrokov kasnejši duševni in telesni razvoj ter na odnose v družini (7, 8).

Opazovanje žensk s poporodnimi duševnimi motnjami v daljšem časovnem obdobju in neodvisno od v določenem času veljavne razvrstitve je pripeljalo do ugotovitve, da lahko klinične simptome na grobo razdelimo v tri velike sklope, ki so poporodna otožnost, poporodna depresija in poporodna psihoza (8). Nekateri avtorji pojmujejo to razdelitev kot zelo poenostavljeno in temu dodajajo še motnje v odnosu med materjo in otrokom, postravmatsko stresno motnjo, za poporodno obdobje značilne anksiozne motnje ter različne obsesivne misli, vezane predvsem na skrb za otroka ali za njegovo poškodovanje (2).

Klinične slike poporodnih duševnih motenj

Poporodna otožnost

Pri približno polovici mater v prvih dneh po porodu opažamo kratko obdobje otožnosti – tako imenovani »post-partum blues« (9). Navadno se pokaže z blago depresijo in spremembami razpoloženja, ki se pojavijo v prvem tednu po porodu in izzvenijo v nekaj urah ali dneh brez zdravljenja (10). Ostali simptomi so jokavost, razdražljivost, napetost, slaba koncentracija, zmanjšan tek in motnje spanja (10, 11). Pojavi se tudi prekomerna zaskrbljenost za zdravje in nego otroka (10).

Poporodna depresija

Pri 10–20% žensk se po porodu razvije dlje trajajoče depresivno stanje, tako imenovana poporodna depresija (9). Značilni so simptomi

klasične depresije, ki vključujejo čustvene, spoznavne in motivacijske spremembe ter nevrovegetativne simptome (10). Pojavlja se žalost, anhedonija (nezmožnost občutka ugodja), obup, pomanjkanje samozavesti, samoobtoževanje, občutki manjvrednosti, neodločnost, pomanjkanje energije, utrujenost, apatija, pomanjkanje teka, izguba telesne teže, motnje spanja, tesnoba, nemir in samomorilnost (10). Tudi tukaj se pojavlja prekomerna zaskrbljenost za otrokovo zdravje in pomanjkanje zaupanja v lastne sposobnosti za oskrbo otroka (10).

Obstajajo nejasnosti glede vprašanja, ali je tveganje za depresijo višje pri ženskah po porodu kot pri drugih ženskah iz primerljivih starostnih skupin, glede na to, da je pri ženskah v rodni dobi pojavnost depresije precej visoka. Metodološko pomembne študije kažejo, da je tveganje za depresivne simptome in duševno stisko v poporodnem obdobju verjetno povečano zaradi številnih sprememb v prvih mesecih po rojstvu otroka (10, 11).

Čprav ima znake depresije 10–20 % žensk v obdobju prvega leta po porodu, jih strokovno pomoč poišče le 2–4 % (9). To lahko pripišemo dejstvu, da imajo številne matere zaradi svojih težav občutke krivde in sramu (10). Dodaten razlog, da ostane veliko depresij v poporodnem obdobju neprepznanih, je tudi dejstvo, da se za poporodno obdobje normalne duševne in telesne spremembe deloma prekrivajo s simptomi depresije, npr. izguba teže, spremembe menstruacijskega ciklusa, izguba poželenja, sprememba teka in zmanjšanje zanimanja za okolico (8). Ker klasični vprašalniki za ugotavljanje depresije (Beckova lestvica depresivnosti – 1961, Zungova lestvica depresivnosti – 1965) niso bili primerni za določanje ogrožene skupine bolnic, je Cox s sodelavci razvil Edinburški vprašalnik, za katerega se je izkazalo, da je zelo uporaben presejalni test za poporodno depresijo (12, 13).

Poporodna psihoza

Psihoza je bolezensko duševno stanje, ki izrazi to zmanjšano sposobnostjo objektivne presoje resničnosti, osiromašenim družbenim delovanjem, značilno s halucinacijami ter vsebinskimi, lahko tudi formalnimi motnjami mišljenja, z očitnim ali domnevnim organskim ozadjem, potekajoče v glavnem v fazah ali kot bolezen-

ski proces. Poporodna psihoza je vsaka psihotična motnja, ki se pojavi v poporodnem obdobju (10). Gre za najtežjo obliko poporodnih motenj, ki se pojavlja s pogostnostjo 1–2 na 1000 porodov. Lahko ima znake manije, hude depresije (blodnjavost, zmedenost ali stupor, pri katerem gre za odrevenelost z odsotnostjo psihomotorične aktivnosti in odzivnosti ob jasni zavesti) ali se kaže kot akutna polimorfna psihoza (2). Tveganje za psihozo je v poporodnem obdobju močno povišano in je do dvajsetkrat višje kot v kateremkoli drugem življenjskem obdobju ženske (10).

Opravljenih je bilo več študij, ki so primerjale poporodne psihoze z drugimi psihozami. Najpogostejše ugotovljeni značilnosti, po katerih se poporodna psihoza loči od drugih psihoz, sta prevlada razpoloženskih simptomov in zmedenost, ki jo je Protheroe opisal kot »dezorientacija v času in prostoru ter pomanjkanje zavesti o okolju«, Brockington pa jo opredeljuje kot »klinično opažanje, da bolnica ni sposobna normalno delovati in izgleda zbegano, zmedeno ali zasanjano« (14). Pri poporodnih psihozah se v primerjavi s tistimi, ki niso v povezavi s porodom, pojavlja manj blodenj, slušnih halucinacij in drugih simptomov, značilnih za shizofrenijo. Pojavljajo pa se blodnje z vsebinami, ki so vezane na materinstvo in otroka (15).

Psihotična bolnica navadno potrebuje bolnišnično zdravljenje (6). Zlasti v akutni, psihotični epizodi se moramo zavedati nevarnosti umora novorojenca in razširjenega samomora, ki sicer nista pogost pojav, vendar toliko bolj tragičen (16).

Dosedanje ugotovitve na področju poporodnih duševnih motenj

Časovna merila za poporodne duševne motnje

Tradicionalno se za poporodno označuje obdobje prvih 6 mesecev po rojstvu otroka, vendar so v dosedanjih študijah raziskovalci uporabljali različna časovna obdobja. Brockington s sodelavci zagovarja mnenje, da med poporodne psihotične epizode lahko uvrščamo samo tiste, ki se pojavijo v 2 ali največ 3 tednih po porodu (9). Na ta način se želi izogniti vplivu psihotičnih motenj drugega

izvora in kasnejšega nastanka. Vendar določeni raziskovalci na podlagi različnih študij opozarjajo, da je pri postavljanju časovnih okvirjev za poporodne duševne motnje, zlasti depresije, treba ohraniti prilagodljivost, in odsvetujejo stroge časovne omejitve (14). Tako časovni pojem poporodnega obdobja še ni popolnoma opredeljen.

Različni pogledi na poporodne duševne motnje

Številni raziskovalci skušajo razjasniti odnos med poporodnimi duševnimi motnjami in drugimi psihiatričnimi boleznimi. Večina dosevanih raziskav je temeljila na primerjavi poporodnih psihoz na eni in shizofrenije, bipolarnе razpoloženske ali shizoafektivne motnje na drugi strani.

Številne študije so pokazale, da 75–80 % poporodnih duševnih motenj, ki zahtevajo bolnišnično zdravljenje, sodi med razpoloženske motnje, od katerih ima 60 % sliko depresivne motnje (17). Benvenuti in sodelavci trdijo, da je odstotek celo višji in da so skoraj vse poporodne psihoze razpoloženske motnje, in to večinoma depresivnega tipa (18). Vendar nekateri avtorji, zlasti izven ZDA in zahodne Evrope, poročajo o visokem deležu shizofrenije (44–75 %) pri ženskah s poporodno psihozo (5).

Specifične diagnostične kategorije, ki se pojavljajo v poporodnem obdobju

Razpoloženske (afektivne) motnje

Za razpoloženske motnje je značilna sprememba razpoloženja v depresijo ali v privzdignjenost oziroma vznosenost. Spremembo razpoloženja navadno spremlja sprememba splošne ravni aktivnosti. Pri večini bolnikov se motnja ponavlja in je lahko povezana z obremenitvenimi dogodki ali okoliščinami (6).

V skupino razpoloženskih motenj sodijo: manična epizoda, bipolarna afektivna motnja depresivna epizoda, ponavljajoča se depresivna motnja in trajne razpoloženske (afektivne) motnje (6).

V sklopu poporodnih duševnih motenj se najpogosteje pojavljajo bipolarna afektivna ter ponavljajoča se depresivna motnja.

Bipolarna afektivna motnja je duševna motnja, ki jo označujeta dva tipa faz: hipomanija ali manija (privzdignjenost z dezinhibiranoostjo in prekomerna aktivnost) ter depresija (19). Pogoj za postavitev diagnoze je, da je imel bolnik skupno najmanj eno depresivno in eno manično epizodo ali pa izključno manične epizode – skupaj najmanj dve (19). Pojavnost bipolarnе afektivne motnje v splošnem prebivalstvu znaša 1–5 % (20).

Ponavljajoča se depresivna motnja je duševna motnja, za katero so značilne ponavljajoče se epizode depresije, brez anamneze o neodvisnih epizodah razpoloženske privzdignjenosti in povečane energije (manije). Prva epizoda se lahko pojavi v kateremkoli življenjskem obdobju od otroštva do starosti. Za pojavnost ponavljajoče se depresivne motnje navajajo raziskovalci zelo širok razpon: za ženske 10–25 % in za moške 5–12 % (22).

Spekter shizofrenije

Spekter shizofrenije obsega poleg shizofrenije še shizoafektivno motnjo, paranoidno in shizoidno osebnostno motnjo, shizotipsko motnjo ter akutno in prehodno psihotično motnjo (23).

V MKB-10 so *shizoafektivne motnje* postavljene v položaj med shizofrenijo in razpoloženskimi motnjami (6). Gre za običajno epizodične motnje, kjer pri bolniku v klinični sliki hkrati izstopajo značilni znaki shizofrenije in depresivne ali manične epizode. Značilen začetek je v zgodnjem odraslem obdobju, čeprav psihoza lahko nastane v mladostni dobi ali kasneje (24). Napoved bolezni je nekoliko boljša kot pri shizofreniji, a slabša kot pri razpoloženskih motnjah. Pojavnost shizoafektivnih motenj v splošnem prebivalstvu je manj kot 1 %, verjetno v razponu 0,5–0,8 % (22).

Shizofrenija je oblika psihoze, ki ima kroničen potek in navadno prinaša oviranost v vsakodnevem življenju. Akutne faze navadno preidejo v različno dolga obdobja občasnega izboljšanja bolezni, ko bolnik nima simptomov ali pa so prisotni le v neznatni meri. Diagnozo postavimo po merilih mednarodno veljavnih razvrstitev bolezni (MKB-10, DSM-IV).

Simptome shizofrenije delimo na pozitivne in negativne, dezorganizacijo vedenja in mišljenja ter spoznavne motnje (25). Med

pozitivne simptome štejejo blodnje (preganjalne, verske, somatske, nanašalne, veličavske, ljubosumnostne, nihilistične) in halucinacije (slušne, taktilne, olfaktorne, vidne). Med simptome dezorganizacije sodijo bizarno vedenje in nekatere formalne motnje mišljenja (miselna zapora, miselna disociiranost). Negativni simptomi so motnje pozornosti in koncentracije, manjša čustvena odzivnost ali splitvenost ter upad interesov. Navadno so prisotni le nekateri od naštetih simptomov v različnih kombinacijah, tako da je lahko klinična slika shizofrenije zelo raznolika (25).

Stiske, ki se pojavijo ob psihozi, so lahko tako hude, da približno 10 % bolnikov v različnih stadijih bolezni, najpogosteje po prvi epizodi shizofrenije, napravi samomor (25).

Shizofrenija je sorazmerno pogosta bolezen, pojavlja se pri 0,5 do 1 % prebivalstva, približno enako pogosto povsod po svetu. Bolezen se prične v zgodnji odrasli dobi, najpogosteje med 15. in 45. letom, pri moških povprečno nekaj let prej kot pri ženskah (25).

Akutne in prehodne psihotične motnje so raznolika skupina duševnih motenj, za katero je značilen nenaden začetek psihotičnih simptomov in hujše spremembe bolnikovega vedenja. Pogosta je zmedenost, dezorientiranost in hitro menjavanje psihotičnih simptomov. Stanje se izboljša že v nekaj dneh ali tednih, simptomi pa trajajo najdlje 2 do 3 mesece.

Del akutnih in prehodnih psihotičnih motenj predstavlja odziv na stres – reaktivne psihoze, pri ostalih pa izvor ni pojasnjen in se sčasoma pokaže, ali je šlo za enkratno in neponovljivo psihotično epizodo v bolnikovem življenju ali pa za netipičen začetek kake druge psihoze, navadno shizofrenije (26).

Povezanost duševnih motenj in samomorilnega vedenja

Duševna motnja povečuje tveganje za samomorilno vedenje, to velja zlasti za depresijo, zlorabo in odvisnost od psihoaktivnih snovi ter shizofrenijo. Bolniki z akutno obliko duševne motnje imajo 7- do 10-krat večje samomorilno tveganje, kot je v splošnem prebivalstvu, pri depresivnih bolnikih pa je tveganje tudi do 33-krat večje.

Za motnje razpoloženja in shizofrenijo je značilno pojavljanje samomorilnega vedenja

v začetku bolezni, za anksiozne motnje, odvisnosti in osebnostne motnje pa je značilno kasnejše pojavljanje (27).

NAMEN IN HIPOTEZA

Naš namen naloge je bil osvetliti dolgoročni potek poporodnih duševnih motenj, ki so zahvale bolnišnično zdravljenje. Želeli smo ugotoviti, kakšen je potek bolezni glede na klinično sliko ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje.

Osnovna predpostavka je, da bo pri bolnicah, ki so ob prvem sprejemu zaradi poporodne duševne motnje kazale simptome motenj iz spektra shizofrenije, kasnejši potek bolezni težji kot pri bolnicah s klinično sliko razpoložnih motenj.

METODE

Vzorec

V raziskavo smo vključili bolnice, ki so bile v letih 1963–1975 zdravljene na Psihiatrični kliniki v Ljubljani zaradi poporodnih duševnih motenj. Zbrane so bile s pomočjo prej obstoječega seznama 42 bolnic, ki je bil uporabljen v predhodni klinični študiji poporodnih motenj (Ličina, 2003).

Bolnice so bile sprejete zaradi duševne motnje, ki se je pojavila v času prvih 6 mesecev po porodu. Pri vseh je šlo za prvo bolnišnično zdravljenje zaradi poporodne duševne motnje. Iz prvotnega seznama smo izključili 3 bolnice s pomanjkljivimi podatki o bolnišničnem zdravljenju po porodu. Celoten vzorec je tako obsegal 39 bolnic.

Potek raziskave

Raziskavo smo opravljali na Psihiatrični kliniki v Ljubljani v času od decembra 2003 do junija 2004.

Izbor podatkov:

1. Ime in priimek bolnice
2. Letnica rojstva
3. Izobrazba bolnice (1 – nedokončana osnovna šola, 2 – končana osnovna šola, 3 – končana poklicna ali srednja šola, 4 – višja ali visoka izobrazba)

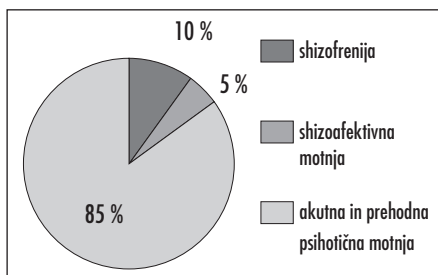
4. Družinska anamneza duševnih bolezni (1 – negativna, 2 – pozitivna)
5. Družinska anamneza poporodnih duševnih motenj (1 – negativna, 2 – pozitivna)
6. Osebna anamneza duševnih motenj (1 – negativna, 2 – pozitivna)
7. Psihiatrična obravnava pred prvo hospitalizacijo zaradi poporodne duševne motnje (1 – ne, 2 – da)
8. Število psihiatričnih hospitalizacij pred prvo hospitalizacijo zaradi poporodne duševne motnje
9. Zakonski stan v času prve poporodne duševne motnje (1 – poročena, 2 – samska)
10. Starost bolnice ob prvi hospitalizaciji zaradi poporodne duševne motnje
11. Porod, po katerem se je prvič pojavila poporodna duševna motnja (prvi, drugi, tretji...)
12. Število vseh porodov
13. Število živorojenih otrok
14. Število ponovnih porodov po prvi poporodni duševni motnji
15. Število vseh porodov, po katerih je prišlo do poporodne duševne motnje
16. Čas od poroda do pojava poporodne duševne motnje (1 – v prvem tednu po porodu, 2 – od 2. do 6. tedna po porodu, 3 – več kot 6 tednov po porodu)
17. Ali je bolnica še živa? (1 – da, 2 – ne)
18. Morebitni vzrok smrti bolnice (1 – bolezni, 2 – nesreča, 3 – samomor)
19. Diagnoza ob prvi hospitalizaciji zaradi poporodne duševne motnje (1 – shizofrenija, 2 – shizoafektivna motnja, 3 – akutna in prehodna psihotična motnja, 4 – bipolarna afektivna motnja, 5 – depresivna motnja)
20. Končna psihiatrična diagnoza (1 – shizofrenija, 2 – shizoafektivna motnja, 3 – bipolarna afektivna motnja, 4 – ponavljajoča se depresivna motnja)
21. Trajanje prve hospitalizacije zaradi poporodne duševne motnje
22. Število vseh psihiatričnih hospitalizacij
23. Skupno trajanje vseh psihiatričnih hospitalizacij
24. Čas med prvo hospitalizacijo zaradi poporodne duševne motnje in naslednjo psihiatrično hospitalizacijo
25. Poskus samomora v času od poroda do prve hospitalizacije zaradi poporodne duševne motnje (1 – ne, 2 – da)
26. Število poskusov samomora v tridesetletnem poteku bolezni
27. Redno ambulantno psihiatrično zdravljenje po prvi hospitalizaciji zaradi poporodne duševne motnje (1 – da, 2 – ne)
28. Trenutni stan bolnice (1 – poročena, 2 – izvenzakonska skupnost, 3 – samska, 4 – ločena, 5 – ovdovela)
29. Odvisnost od alkohola pri bolnici (1 – ne, 2 – da)
30. Trenutno počutje bolnice (1 – dobro, 2 – srednje, 3 – slabo)
31. Trenutni medsebojni odnosi v družini bolnice (1 – dobri, 2 – zadovoljivi, 3 – slabi)

Na podlagi izdelanega načrta raziskave smo iz popisov bolezni, ki smo jih dobili v arhivu Psihiatrične klinike v Ljubljani, Kliničnega oddelka za mentalno zdravje v Ljubljani ter Psihiatrične bolnišnice v Idriji zbrali podatke o vseh dotedanjih bolnišničnih zdravljenjih bolnic. Dobili smo podatke o številu ter trajanju vseh zdravljenj, o vzroku sprejema, opis poteka zdravljenja, podatke o samomorilnosti pred časom zdravljenja in med njim ter avto- in heteroanamnestične podatke o družbeni, družinski, osebni ter rodni anamnezi.

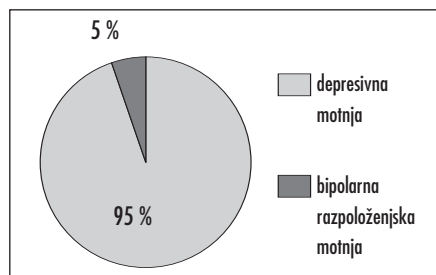
Ker so bili pri spremljanju bolezni ključni tudi podatki o izvenbolnišničnem zdravljenju in stanju bolnic v času, ko niso bile v bolnišnici, smo podatke iskali tudi v ambulantnih kartonih.

Za pridobitev dodatnih podatkov o poteku bolezni in trenutnem zdravstvenem in družinskem stanju smo bolnicam poslali anketni vprašalnik (priloga 1). Ker smo imeli podatke, da so štiri bolnice umrle in da ena od bolnic, oskrbovanih v domu za starejše občane, zaradi zdravstvenega stanja ni zmožna izpolniti vprašalnika, je bilo poslanih skupno 34 anket. V dveh tednih smo dobili odgovore 10 bolnic ter dve obvestili o tem, da sta bolnici umrli. Dve anketi sta bili vrnjeni, ker je bil naslov neznan.

Pri analizi podatkov smo se najprej osredotočili na podatke o prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje. Ker so bile takratne diagnoze opredeljene po različnih in zdaj neveljavnih razvrstitvah, smo jih morali ponovno določiti glede na trenutno veljavno mednarodno razvrstitev bolezni (MKB-10). Zato smo opis kliničnega poteka prvega bolnišničnega zdravljenja zaradi



Slika 1. Delež posameznih diagnoz v prvi skupini.



Slika 2. Delež posameznih diagnoz v drugi skupini.

poporodne duševne motnje predstavili psihiatru, ki bolnic ni poznal. Poznavanje bolnic ter diagnoz v nadaljnjem poteku zdravljenja bi namreč lahko vplivalo na objektivnost.

Bolnice smo glede na določeno diagnozo MKB-10 ob prvem bolnišničnem zdravljenju po porodu razvrstili v dve skupini: bolnice z motnjo iz shizofrenskega spektra in bolnice z razpoloženjsko motnjo. V skupino z motnjami iz shizofrenskega spektra smo vključili bolnice s klinično sliko shizofrenije, shizoafektivne motnje ter akutne in prehodne psihotične motnje, v skupino z razpoloženjskimi motnjami pa bolnice s klinično sliko depresije in bipolarnе afektivne motnje.

Diagnostični skupini smo nato primerjali med sabo glede na tridesetletni potek bolezni po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje. Opazovali smo število zdravljenj, njihovo skupno trajanje, število ponovnih nosečnosti in porodov in morebitnih ponovnih poporodnih duševnih motenj, število poskusov samomora, potek ambulantnega zdravljenja, delovanje družine in trenutne zdravstvene, socialne in družinske razmere. Zanimalo nas je tudi, ali se je pri bolnicah razvila kronična psihiatrična bolezen in katera je bila njena končna diagnoza.

Zaradi pomanjkljivih podatkov 6 bolnic nismo mogli vključiti v primerjavo ambulantnega zdravljenja. V primerjavo trenutnega stanja in medsebojnih odnosov v družini pa

smo vključili še živeče bolnice, o katerih smo imeli zadostno število podatkov, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika ali po pogovoru s psihiatri, ki bolnice redno spremljajo.

Statistične metode

Podatke smo obdelali v dveh stopnjah. Najprej smo opravili deskriptivno analizo, kjer smo za številčne podatke izračunali povprečje, standardni odklon in 95 % interval zaupanja, za atributivne pa frekvence kategorij. V analitičnem delu smo razlike med diagnostičnima skupinama ugotavljali s testom t za numerične spremenljivke in χ^2 -testom za atributivne spremenljivke. Kot statistično značilno smo vzeli zavrnitev ničelne predpostavke pri manj kot petodstotnem tveganju ($p < 0,05$). Za vse statistične obdelave smo uporabili statistični program Solo 4.0.

REZULTATI

V raziskavo smo vključili 39 bolnic. Glede na klinično sliko ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje smo jih razdelili na dve skupini, in sicer:

- PRVA SKUPINA: bolnice s klinično sliko motenj iz spektra shizofrenije,
- DRUGA SKUPINA: bolnice s klinično sliko razpoloženjskih motenj.

Tabela 1. Diagnostični skupini glede na klinično sliko ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje.

PRVA SKUPINA (motnje iz spektra razpona shizofrenije)	Število bolnic	DRUGA SKUPINA (razpoloženjske motnje)	Število bolnic
shizofrenija	2	depresivna motnja	18
shizoafektivna motnja	1	bipolarna razpoloženjska motnja	1
akutna in prehodna psihotična motnja	17		

Tabela 2. Število in delež bolnic z določenim številom porodov v posamezni skupini.

	Prva skupina		Druga skupina	
	Število bolnic	Delež	Število bolnic	Delež
1 porod	6	30 %	4	21 %
2 poroda	3	15 %	9	47 %
3 porodi	3	15 %	1	5 %
4 porodi	4	20 %	1	5 %
5 porodov	1	5 %	2	11 %
Ni podatka	3	15 %	2	11 %

Prva skupina je štela 20 bolnic, druga skupina pa 19.

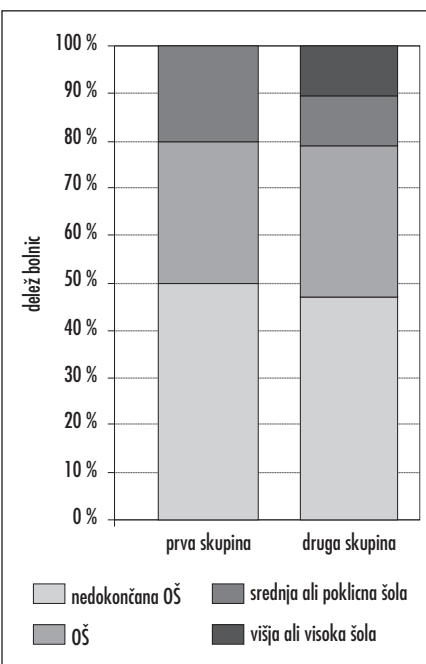
Med skupinama nismo ugotovili statistično pomembne razlike v pozitivni družinski anamnezi duševnih bolezni in poporodnih duševnih motenj.

Pred pojavom poporodnih duševnih motenj je imelo psihiatrične težave 30 % bolnic iz prve skupine (6 bolnic), od katerih sta bili dve zaradi teh težav zdravljeni v psihiatrični bolnišnici. V drugi skupini pa so predhodne psihiatrične težave imele tri bolnice (16 %), od teh je ena bolnica je potrebovala bolnišnično zdravljenje.

Povprečna starost bolnic v prvi skupini je ob nastopu prve poporodne duševne motnje znašala 26,20 let, v drugi skupini pa 25,26 let.

V prvi skupini so se v obdobju prvih 6 tednov po porodu duševne težave začele pri 15 bolnicah (75 %), v drugi skupini pa pri 17 bolnicah (89 %).

Podatke o vseh porodih smo imeli za 17 bolnic iz prve skupine. Povprečno število ponovnih porodov po prvi poporodni duševni motnji je bilo pri bolnicah iz te skupine 0,59. V drugi skupini smo imeli podatke za 16 bolnic, ki so pokazali, da je bilo povprečno število ponovnih porodov po prvi poporodni duševni motnji 0,65. Statistično pomembnih razlik med skupinama ni bilo.



Slika 3. Stopnja izobrazbe bolnic – primerjava med skupinama.

V prvi skupini je od bolnic, ki so ponovno rodile, imelo zabeležene ponovitve poporodnih duševnih motenj 6 bolnic (54 %), v drugi skupini je bil rezultat podoben – 7 bolnic (54 %).

V času od poroda do prvega sprejema v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje je imelo poskus samomora 13 % bolnic iz celotnega vzorca. Med skupinama nismo dokazali statistično pomembne razlike.

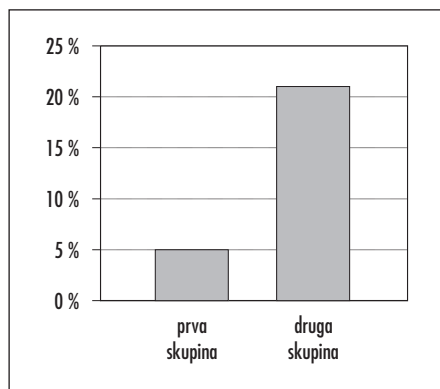
Za 7 bolnic iz celotnega vzorca smo dobili dokumentirane podatke le o prvem poporodnem zdravljenju v bolnišnici zato nismo mogli ugotoviti, ali se je njihova poporodna duševna motnja razvila v kronično obliko psihiatrične bolezni. Med bolnicami, za katere smo imeli podatke o nadaljnjem psihiatričnem vodenju, je bilo 34 % bolnic s končno diagnozo shizofrenije, 22 % s shizoafektivno

Tabela 3. Delitev bolnic glede na čas od poroda do pojava poporodne duševne motnje.

Čas po porodu	Prva skupina		Druga skupina	
	Število bolnic	Delež bolnic	Število bolnic	Delež bolnic
1. teden	3	15 %	10	52 %
2.–6. teden	12	60 %	7	37 %
po 6. tednu	5	25 %	2	11 %

Tabela 4. Porod, po katerem se je prvič pojavila poporodna duševna motnja.

Čas po porodu	Prva skupina		Druga skupina	
	Število bolnic	Delež bolnic	Število bolnic	Delež bolnic
1. porod	13	65 %	12	63 %
2. porod	1	5 %	4	21 %
3. porod	4	20 %	2	11 %
4. porod	2	10 %	1	5 %



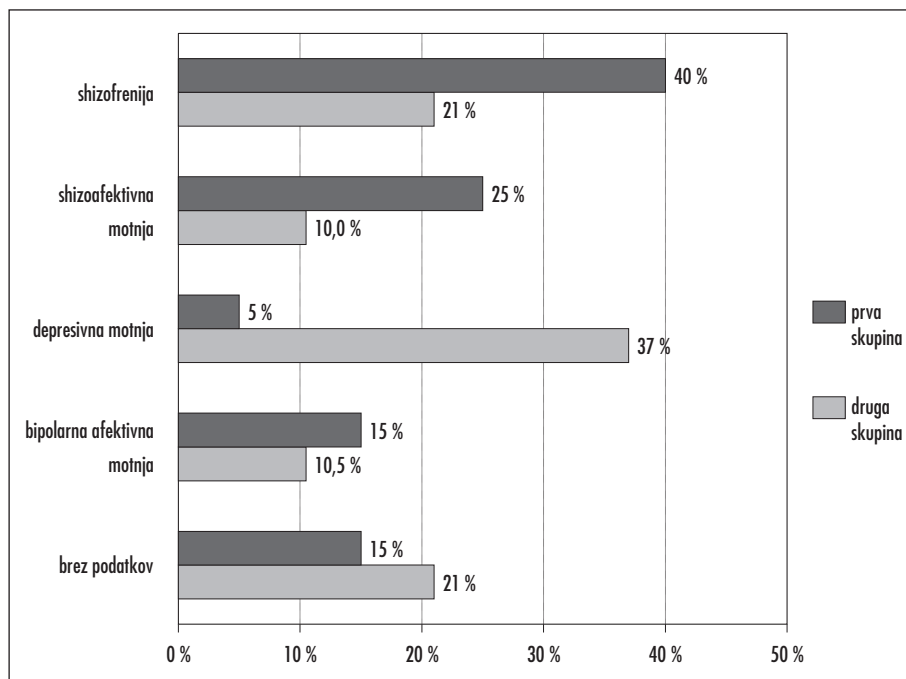
Slika 4. Delež bolnic s poskusom samomora ob prvi poporodni duševni motnji – primerjava med skupinama.

motnjo, 16 % z bipolarno afektivno motnjo ter 28 % s ponavljajočo se depresivno motnjo.

Povprečno število vseh psihiatričnih bolnišničnih zdravljenj v tridesetletnem poteku bolezni je bilo pri bolnicah iz prve skupine 11,40, pri bolnicah iz druge skupine pa 4,83.

67 % bolnic iz celotnega vzorca je po prvem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje imelo duševne težave, ki niso bile vezane na porod in so zahtevale ponoven sprejem v psihiatrično bolnišnico.

Med skupinama ni bilo statistično pomembnih razlik v povprečnem trajanju prvega bolnišničnega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje in v času med prvim poporodnim in naslednjim psihiatričnim bolnišničnim



Slika 5. Primerjava deležev posameznih končnih diagnoz med skupinama.

Tabela 5. Delež posameznih končnih diagnoz pri bolnicah, za katere je bilo znano, da se je pri njih razvila kronična psihiatrična bolezen – primerjava med skupinama.

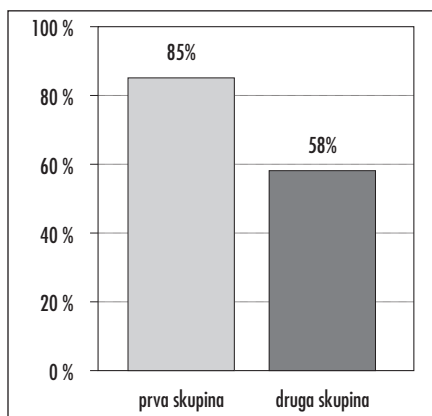
Diagnoza	prva skupina	druga skupina
Shizofrenija	41 %	27 %
Shizoafektivna motnja	29 %	13 %
Depresivna motnja	18 %	47 %
Bipolarna afektivna motnja	12 %	13 %

zdravljenjem. Ravno tako nismo ugotovili statistično pomembnih razlik v povprečnem številu psihiatričnih zdravljenj v bolnišnici in v celokupnem trajanju le-teh, čeprav so v teh postavkah razlike večje.

Med primerjanjem psihiatričnega ambulantnega zdravljenja se je izkazalo, da je bil delež bolnic, ki se je redno ambulantno nadzoroval, ves čas bolezni večji v prvi skupini.

Za lažje primerjanje ambulantnega zdravljenja smo tridesetletni potek bolezni razdelili na petletna obdobja. Posebej smo ugotavljali rednost obiskov v psihiatrični ambulanti v času enega leta po prvem zdravljenju v bolnišnici zaradi poporodne duševne motnje.

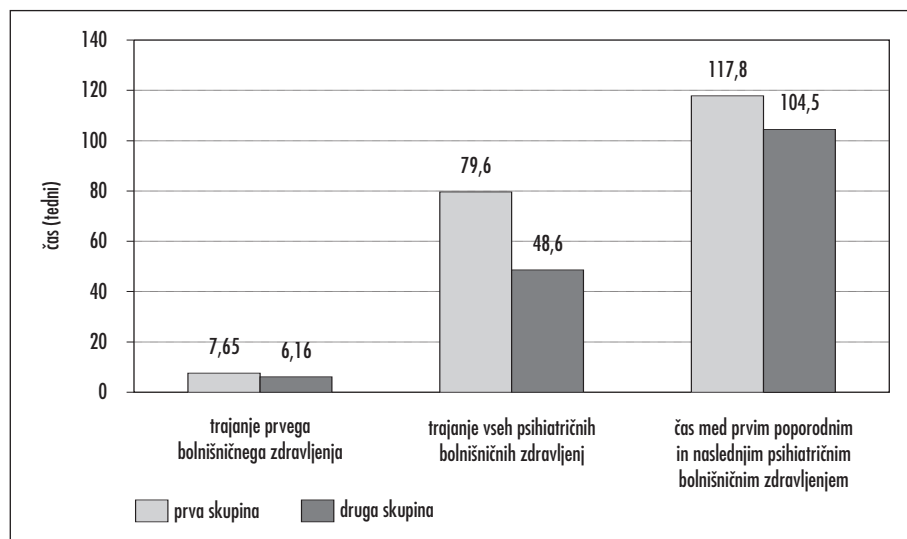
V prvem letu po prvem zdravljenju v bolnišnici zaradi poporodne duševne motnje med skupinama ni bilo statistično pomembne razlike v psihiatričnem ambulantnem zdravljenju. Prav tako nismo ugotovili stati-



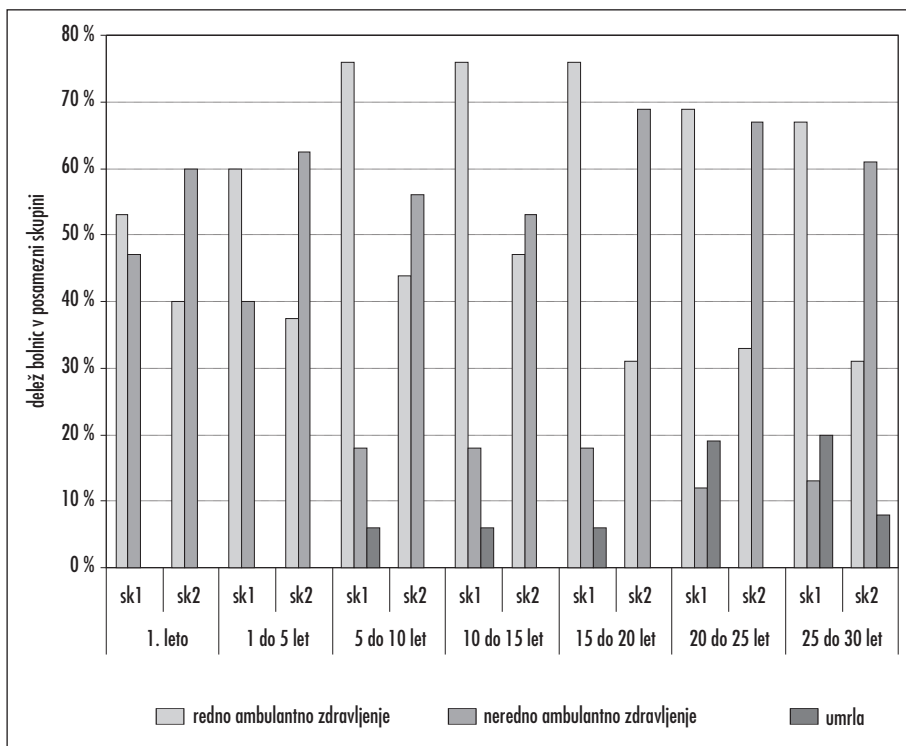
Slika 6. Delež bolnic, ki so bile po prvi poporodni duševni motnji vsaj še enkrat zdravljene v psihiatrični bolnišnici – primerjava med skupinama.

stično pomembne razlike v obdobju prvih 5 let od prvega bolnišničnega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje ter v obdobju 10 do 15 let od prvega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje. Med skupinama pa se je pokazala statistično pomembna razlika v ambulantnem zdravljenju v obdobjih 5 do 10 let, 15 do 20 let, 20 do 25 let in 25 do 30 let po prvem zdravljenju v bolnišnici zaradi poporodne duševne motnje.

Povprečno število poskusov samomora v prvi skupini je bilo 1,93, v drugi pa 0,86.



Slika 7. Primerjava bolnišničnih zdravljenj med skupinama.



Slika 8. Primerjava psihiatričnega ambulantnega zdravljenja med skupinami v določenem časovnem obdobju po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje. sk1 – skupina 1, sk2 – skupina 2.

Med skupinama ni bilo statistično pomembne razlike.

Za 12 bolnic nismo imeli podatkov o njihovi morebitni samomorilnosti, od ostalih 37 bolnic pa sta zaradi samomora umrli dve (7%), obe iz prve skupine.

RAZPRAVA

Starost in stan bolnic ob prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje

Povprečna starost bolnic ob prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje je bila 25,7 let, kar ustreza ugotovitvam iz podobnih študij (4, 5, 17, 28). V tem času je bila večina bolnic poročenih. Podobno so ugotavljali tudi drugi avtorji, čeprav nekateri raziskovalci predvsem v zahodni Evropi in ZDA trdijo, da je pri samskih ženskah tveganje za sprejem v bolnišnico zaradi poporodnih duševnih motenj višje (4, 17, 29, 30).

Zelo majhen delež neporočenih žensk v našem vzorcu lahko razložimo s družbeno-kulturnimi razmerami v našem okolju pred 30 do 40 leti, ko je bil odnos do ženske in njene vloge v družini bolj tradicionalen.

Pomanjkanje podpore s strani partnerja ali staršev je dokazan dejavnik tveganja za nastanek poporodne duševne motnje, številne študije pa kažejo, da je vpliv družbene podpore večji pri nastanku razpoloženskih duševnih motenj kot motenj iz shizofrenskega spektra (11, 29, 31, 32).

Izobrazba

Večina bolnic ni končala osnovne šole, samo dve bolnici pa sta imeli visokošolsko izobrazbo. Domnevamo, da so na nizko stopnjo izobrazbe vplivale tudi splošne družbene razmere v obdobju, v katerem so bolnice odraščale (čas po 2. svetovni vojni), ter nižja stopnja izobrazbe žensk v primerjavi z današnjo.

Družinska anamneza psihiatričnih bolezni

Delež bolnic s pozitivno psihiatrično družinsko anamnezo je bil sorazmerno visok (46 %), medtem ko je bila anamneza poporodnih duševnih motenj pozitivna pri manjšem deležu bolnic (13 %). Statistično pomembne razlike med skupinama ni bilo. To je v skladu z ugotovitvami, da je vpliv dedne sestavine pri shizofreniji in bipolarni afektivni motnji enako močan. Pri obeh gre za poligenski način dedovanja (22).

Zavedamo se, da imajo rezultati naše raziskave omejeno vrednost. Zelo verjetno je, da je marsikatera duševna bolezen staršev ali drugih sorodnikov bolnic ostala neodkrita zaradi slabše dostopnosti do psihiatrov v času in okolju, v katerem so živeli, in da je bil del podatkov o družinski anamnezi lažno negativen tudi zato, ker so bolnice podajale avtoanamnezo večinoma v akutnem stanju duševne bolezni.

Povezavo poporodnih duševnih motenj s pojavljanjem psihiatričnih bolezni v družini dokazujejo različne študije. Po objavljenih podatkih ima 30 % bolnic s poporodno psihozo družinsko anamnezo bipolarne afektivne motnje ali shizofrenije, kar je veliko v primerjavi z 5 % obremenjenostjo žensk, pri katerih se poporodna psihoza ne razvije (33). Raziskave Seagerja, Protheroeja in Thuweja so pokazale povišano pogostost psihiatričnih bolezni pri starših in sorojcih bolnic, ni se pa izkazalo, da je pri sorodnicah bolnic večja pojavnost poporodne duševne motnje (34).

Dokončnega dogovora o vplivu družinske obremenjenosti na nastanek poporodne duševne motnje še ni. Nekateri raziskovalci, kot so na primer Asch in Lowell ali O'Hara s sodelavci, zagovarjajo mnenje, da ima pozitivna družinska anamneza velik vpliv na nastanek poporodne duševne motnje, vendar v raziskavah Kumarja in Robsona ta povezava ni bila dokazana (32).

Predhodna psihiatrična obravnava

Kot v številnih podobnih raziskavah smo tudi mi ugotovili, da je bil določen delež bolnic v psihiatrični obravnavi že pred prvim sprejemom v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje (4, 11, 34). V naši raziskavi

se je predhodno psihiatrično zdravila približno četrtna bolnic, kar je v skladu z ugotovitvami švicarskih raziskovalcev (4). Meltzer in Kumar poročata o višjem – 40 % deležu (34).

Sklepamo lahko, da so bolnice z osebno anamnezo predhodne psihiatrične bolezni bolj dovzetne za psihično dekompenzacijo (poslabšanje obstoječih obrambnih mehanizmov, ki vodi v ponovni izbruh bolezenskega stanja) ob stresnih dogodkih, vendar ne moremo govoriti o tem, da bo pri vseh ženskah s predhodnim psihiatričnim zdravljenjem porod sprožil poslabšanje duševnega zdravja. Poudarili bi, da je poporodna duševna motnja za večino bolnic v naši in sorodnih raziskavah pomenila prve psihiatrične težave.

Čas pojava poporodne duševne motnje

Večina bolnic s klinično sliko razpoloženskih motenj je v naši raziskavi zbolela v času prvega tedna po porodu, medtem ko so se pri skupini bolnic s simptomi motenj iz shizofrenskega spektra težave pojavljale kasneje, večina v času 2–6 tednov po porodu. To je v skladu z ugotovitvami McNeila in Videbecha & Gouliaeva, ki dokazujejo, da se simptomi motenj shizofrenskega spektra pojavljajo kasneje kot simptomi razpoloženskih motenj (4, 35). Brockington in sodelavci ter Dean & Kendell, ki v svojih študijah obravnavajo samo bolnice, pri katerih so se duševne težave začele v času prvih dveh tednov po porodu, ugotavljajo, da v tem primeru prevladujejo razpoloženske motnje (36, 37).

Rodna anamneza

Tako kot v drugih študijah se je tudi v naši izkazalo, da se je pri večini bolnic poporodna duševna motnja pojavila po rojstvu prvega otroka (38–40). Med skupinama ni bilo pomembne razlike v povprečnem številu vseh porodov niti v povprečnem številu ponovnih porodov po prvi poporodni duševni motnji. Brockington meni, da se del žensk po poporodni duševni motnji zaradi strahu pred ponovitvijo težav izogiba ponovni nosečnosti (9).

V naši raziskavi 49 % bolnic, za katere imamo podatke o nadaljnji rodni anamnezi po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi

poporodne duševne motnje, ni več rodilo. Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Jansson, ki je v svojih študijah dokazal blago znižan delež naslednjih nosečnosti (9). 55 % bolnic v njegovi raziskavi po poporodni duševni motnji ni imelo več otrok, v kontrolni skupini pa je imelo samo enega otroka 41 % žensk. Mnenja o vplivu poporodne duševne motnje na nadaljnjo rodno anamnezo niso enotna, saj na primer Protheroe ni ugotovil pomembne razlike med stopnjo rodnosti pri ženskah s poporodno duševno motnjo in pri ženskah iz splošnega prebivalstva (9).

Na število ponovnih porodov vpliva več dejavnikov, med katerimi je gotovo tudi slaba izkušnja ob predhodni poporodni duševni motnji, vendar moramo upoštevati tudi velik vpliv dejavnikov, ki niso povezani z duševnim zdravjem bolnic. To je lahko poznavanje in uporaba sredstev za preprečevanje nosečnosti, odnos do vere in družine, gmotne razmere, kakovost zakonskega razmerja, število predhodnih otrok in nenazadnje vpliv svetovanja zdravstvenih in socialnih delavcev na odločanje za ponovno nosečnost.

Ponovne poporodne duševne motnje pri naslednjih porodih

Delež bolnic, pri katerih so se duševne težave ponovile tudi pri naslednjih porodih, je bil v naši raziskavi višji kot v nekaterih primerljivih študijah (28, 39, 41). Rezultate, podobne našim, pa so dobili turški raziskovalci, ki so si to razlagali z večjim povprečnim številom ponovnih porodov pri njihovih bolnicah. Naših rezultatov si na ta način ne moremo razlagati, saj je bilo povprečno število ponovnih porodov obravnavanih bolnic kar štirikrat manjše kot v Turčiji.

Več avtorjev (Martin, Arentsen, Protheroe) je v svojih študijah ugotovilo, da je tveganje za ponovitev poporodne duševne motnje 1 na 7 porodov (4). Paffenbarger in Brockington pa sta dokazala višje tveganje – 1 na 3 porode in 1 na 4 porode (2, 4). V naši študiji se je duševna motnja ponovila kar pri 1 na 1,4 ponovnih porodov.

Statistično pomembne razlike v povprečnem številu ponovitev poporodnih duševnih motenj ni bilo. Naš rezultat je v primerjavi z drugimi študijami zelo visok, kar si lahko razlagamo s tem, da za 6 bolnic nismo imeli

podatkov o ponovnih porodih. Ker je večina bolnic živela na območju, ki ga pokriva Psihiatrična klinika Ljubljana, bi nam podatki o morebitnih bolnišničnih zdravljenjih zaradi hujših poporodnih duševnih motenj bili najverjetneje znani. Možno je, da te bolnice ob morebitnih naslednjih porodih niso imele duševnih težav in je torej delež ponovnih porodov, po katerih so se duševne motnje ponovile, dejansko nižji.

Poskusi samomora ob prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje

13 % bolnic iz našega vzorca je v obdobju od poroda do psihiatričnega zdravljenja v bolnišnici imelo poskus samomora. Poskus samomora je bil pri teh bolnicah povod za sprejem. Nobena od bolnic ni umrla.

Poskus samomora je manj jasno opredeljen pojem in v primerjavi s samomorom slabše raziskan (42). Podatki o njegovi pogostosti v splošnem prebivalstvu so manj zanesljivi, saj ostanejo številni poskusi samomora neprijavljeni (43). Tudi v tujih študijah o poporodnih duševnih motnjah ni podatkov o poskusih samomora, zato naših rezultatov nismo mogli primerjati z njimi. Brockington naveda, da so poskusi samomora pri poporodnih duševnih motnjah pogosti, čeprav so smrti zaradi samomora redke (44). Majhno smrtnost zaradi samomora ob poporodnih duševnih motnjah potrjuje tudi škotska raziskava, kjer je samomor napravila 1 od 82 bolnic (28).

Samomor je zapleten pojav, odvisen od posameznih genetskih, osebnostnih in bolezenskih ter družbenih dejavnikov (42). Pri bolnikih z depresijo se samomor pojavlja pogosteje kot pri bolnikih z drugimi duševnimi boleznimi in tudi v naši študiji smo ugotovili, da je bilo poskusov samomora več pri bolnicah z razpoloženskimi motnjami, vendar statistično pomembnih razlik ni bilo.

Diagnoze ob prvem sprejemu v bolnišnico zaradi poporodne duševne motnje

V naši raziskavi je bil delež bolnic z razpoloženskimi motnjami približno enak deležu bolnic z motnjami iz shizofrenskega spektra, kar ustreza ugotovitvam angleške študije (34).

Več drugih avtorjev meni, da med poporodnimi duševnimi motnjami prevladujejo razpoloženske, medtem ko turške in indijske študije dokazujejo prevladovanje motenj iz shizofrenskega spektra (17, 34, 45). Velike razlike v ugotovitvah različnih študij so posledica različnega opredeljevanja poporodnih duševnih motenj in uporabe različnih razvrstilnih sistemov (MKB, DSM, RDC). Vzrok za tolikšne razlike so tudi različni načini sestavljanja vzorca, saj so se v številnih študijah omejili le na duševne motnje, ki so se pojavile v 2 do 3 tednih po porodu, in izključili bolnice z jasno diagnozo shizofrenije.

Končne psihiatrične diagnoze

V naši raziskavi je bila pri bolnicah, ki so bile po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje v nadaljnji psihiatrični obravnavi, najpogostejša končna diagnoza shizofrenija (34 %). Podobno je bilo ugotovljeno v turški raziskavi, kjer je bila prevlada shizofrenije med končnimi diagnozami nekoliko bolj izrazita (42 %) (17). Pri nas je bil delež bolnic s končno diagnozo depresivne motnje 28 %, z bipolarno razpoložensko motnjo pa 16 %. Delež razpoloženskih motenj je bil podoben tudi v švicarski študiji, kjer je bila v nadaljnjem poteku bolezni depresivna motnja ugotovljena pri 27 % bolnic, bipolarna afektivna motnja pa pri 16 % (4). Primerljivi so tudi rezultati turške raziskave, kjer je bila končna diagnoza depresivna motnja v 22 % in bipolarna afektivna motnja v 19 % (17). Večje razlike v rezultatih so se pokazale pri deležu shizoafektivnih motenj, ki so pri nas dosegle 22 %, v turški študiji jih je bilo pol manj, švicarski raziskovalci pa so ugotovili kar 38 % delež bolnic s končno diagnozo shizoafektivne motnje (4, 17).

Pričakovali smo, da bo pri večini bolnic iz prve skupine v nadaljnjem poteku bolezni prevladovala klinična slika shizofrenije in shizoafektivne motnje ter da se bo pri bolnicah iz druge skupine v večini razvila bipolarna afektivna motnja (9). Pri bolnicah z motnjo iz shizofrenskega spektra se je pri več kot dveh tretjinah bolnic razvila shizofrenija ali shizoafektivna motnja, 29 % bolnic pa se je v kasnejšem poteku bolezni zdravilo zaradi razpoloženskih motenj.

Presenečeni smo bili nad končnimi diagnozami bolnic iz druge skupine, saj se je kar pri 47 % razvila ponavljajoča se depresivna motnja, bipolarna afektivna motnja pa le pri 13 % bolnic. Pri 40 % bolnic iz druge skupine je bila končna diagnoza shizofrenija ali shizoafektivna motnja.

Trenutno prevladujoče mnenje je, da gre pri veliki večini bolnic s poporodno psihozo v bistvu za bipolarno afektivno motnjo, v našem vzorcu pa tega nismo mogli potrditi, saj se je v dolgotrajnem poteku bolezni izkazalo, da ima jo ima le majhen delež vseh bolnic – 16 % (9, 35, 37). Možno je, da so v naši raziskavi med bolnicami, ki se zdravijo zaradi ponavljajoče se depresivne motnje, tudi tiste, ki imajo bipolarno afektivno motnjo, vendar niso diagnosticirane, ker ne iščejo psihiatrične pomoči v maničnih ali hipomaničnih fazah.

Neskladnost med kliničnimi slikami ob prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje in končnimi diagnozami pri bolnicah iz našega vzorca je imela za posledico veliko raznolikost diagnostičnih skupin, ki smo jih medsebojno primerjali.

Število in trajanje bolnišničnih zdravljenj

Trajanje prvega zdravljenja v bolnišnici zaradi poporodne duševne motnje

Povprečno trajanje prvega bolnišničnega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje je bilo pri bolnicah iz prve skupine 11 dni daljše kot pri bolnicah iz druge skupine. Daljše trajanje prvega bolnišničnega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje s klinično sliko shizofrenije ugotavljajo tudi v nemški študiji, vendar je bila pri njih razlika nekoliko večja, in sicer 26 dni (46). Daljše trajanje zdravljenja v bolnišnici pri bolnicah z motnjami iz shizofrenskega spektra je bilo pričakovano, saj je šlo pri njih večinoma za težjo klinično sliko s prevlado akutne psihotične simptomatike. Razlike v trajanju prvega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje niso bile statistično pomembne. Vzrok za to je lahko majhen vzorec in tudi dolgo bolnišnično zdravljenje nekaterih bolnic iz skupine s razpoloženskimi motnjami s hudo depresivno epizodo, kateri je bila pridružena psihotična simptomatika.

Čas do ponovnega sprejema v bolnišnico

Bolnice so bile po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje ponovno sprejete v psihiatrično bolnišnico v povprečnem času 25 mesecev. Med skupinami ni bilo pomembnih razlik, kar si lahko razlagamo z že omenjeno diagnostično raznolikostjo skupin.

Število in celokupno trajanje vseh zdravljenj v bolnišnici

Večina bolnic (72 %) je po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje potrebovala ponovne psihiatrične sprejeme. Pri bolnicah iz prve skupine je bilo število vseh sprejemov večje od števila sprejemov bolnic iz druge skupine, vendar statistično pomembnih razlik med skupinami nismo dokazali. Pogostejše bolnišnično zdravljenje v prvi skupini si lahko razlagamo z večjim deležem bolnic s končno diagnozo shizofrenije in shizoafektivne motnje.

Po prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje je zaradi psihiatričnih težav, ki niso bile vezane na porod, imelo nadaljnjo bolnišnično obravnavo 67 % bolnic iz celotnega vzorca. Rezultati naše raziskave ustrezajo ugotovitvam Prothereoja in Schöpfa, ki menita, da se v dovolj dolgem opazovalnem času pri več kot polovici bolnic s hudo poporodno duševno motnjo ponovijo psihiatrične težave, ki niso v povezavi s porodom (4).

Pri bolnicah iz prve skupine je bilo celokupno trajanje vseh zdravljenj precej daljše kot pri bolnicah iz druge skupine, kar si razlagamo s potrebo po daljših in pogostejših zdravljenjih pri bolnicah s shizofrenijo. Podobno razmerje v celokupnem trajanju bolnišničnih zdravljenj so ugotovili tudi v škotski študiji, s to razliko, da so bile njihove bolnice v povprečju sprejete za polovico manj časa kot naše (28). To je mogoče posledica razlik v organizaciji sekundarne zdravstvene dejavnosti med državama.

Psihiatrično ambulantno vodenje

V raziskavi smo ugotovili, da so se v tridesetletnem poteku bolezni bolnice s klinično sliko motenj iz spektra shizofrenije ob prvem

bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodnih duševnih motenj bolj redno ambulantno zdravile kot bolnice s klinično sliko razpoloženskih motenj. Statistično pomembne razlike v psihiatričnem ambulantnem zdravljenju so se pokazale po obdobju 5 let od prvega sprejema zaradi poporodne duševne motnje. V obdobju od 10 do 15 let po poporodni duševni motnji je bil razlika na meji statistične pomembnosti.

Pri bolnicah iz prve skupine je bilo psihiatrično ambulantno zdravljenje bolj redno, kar si lahko razlagamo z večjim deležem shizofrenije in shizoafektivne motnje. Pri nerednem zdravljenju teh bolezni pride do poslabšanja pri 96 % bolnikov in zato je potrebno bolj nadzorovano prejetje zdravil ob kontrolnih pregledih pri psihiatru (25). Pri depresivnih bolnicah so začasna izboljšanja bolezni daljše in lahko zdravljenje v večji meri prevzamejo njihovi izbrani zdravniki.

Samomorilnost bolnic v nadaljnjem poteku bolezni

V naši raziskavi je bilo povprečno število poskusov samomora v skupini bolnic s shizofrenskimi simptomi ob prvem bolnišničnem zdravljenju zaradi poporodne duševne motnje večje kot v skupini bolnic z razpoloženskimi motnjami. Večja je bila tudi smrtnost, saj v drugi skupini zaradi samomora ni umrla nobena bolnica.

Bolniki s shizofrenijo so v psihotičnih fazah ogroženi zaradi impulzivnosti in nasilnosti (42). Vendar moramo upoštevati, da je samomor pri njih najbolj pogost v postakutnih fazah bolezni, ko prevladujejo depresivni simptomi (22). Tudi pri naših bolnicah, ki sta naredili samomor, se je izkazalo, da se je to zgodilo v času, ko so psihotični simptomi že izzveneli.

Med vsemi bolnicami, za katere smo imele podatke, je smrtnost zaradi samomora znašala 7%. Podobno ugotavljajo tudi v škotski raziskavi, kjer je bila ugotovljena 5 % smrtnost zaradi samomora. Tudi pri njih je bila smrtnost večja med bolnicami s simptomi shizofrenije ob poporodni motnji (28).

ZAKLJUČKI

V raziskavi smo preučevali tridesetletni potek bolezni pri bolnicah, ki so bile v letih od

1963 do 1975 zdravljene na Psihiatrični kliniki v Ljubljani zaradi poporodne duševne motnje. Ugotavljali smo razlike v poteku bolezni med bolnicami, ki so po porodu kazale simptome motenj iz spektra shizofrenije (prva skupina), in tistimi, pri katerih so prevladovala značilnosti razpoloženskih motenj (druga skupina).

Pri največjem deležu bolnic se je poporodna duševna motnja pojavila po prvem porodu. Bolnice s klinično sliko razpoloženskih motenj so v glavnem zbolele v času prvega tedna po porodu, medtem ko so se težave pri skupini bolnic iz shizofrenskega spektra pojavljale kasneje, večinoma v času 2–6 tednov po porodu. Pri večini bolnic se je po prvi poporodni duševni motnji razvila kronična psihiatrična bolezen.

Med bolnicami, za katere smo imeli podatke o nadaljnjem poteku bolezni, se je pri 70 % bolnic iz prve skupine razvila shizofrenija ali shizoafektivna motnja, pri 30 % pa razpoloženske motnje. Pri bolnicah iz druge skupine so se kot končna diagnoza v 60 % pojavljale razpoloženske motnje, pri 40 % pa shizofrenija ali shizoafektivna motnja.

V prvi skupini smo ugotovili večje število in daljše celokupno trajanje bolnišničnih zdravljenj ter večje število poskusov samomora. Razlike niso bile statistično pomembne.

Bolnice iz prve skupine so se ves čas tridesetletnega poteka bolezni bolj redno zdravile v psihiatričnih ambulantah, statistično pomembna razlika pa se je pokazala po 5 letih od prvega bolnišničnega zdravljenja zaradi poporodne duševne motnje.

Med skupinama razlik v pojavnosti odvisnosti od alkohola, oceni odnosov v družini in trenutnem počutju bolnic ni bilo.

Klinična slika ob prvi poporodni duševni motnji je bila raznolika in iz nje nismo mogli

zanesljivo sklepati, kakšna bo končna diagnoza. Potek bolezni je bil težji pri bolnicah, ki so ob prvem sprejemu zaradi poporodne duševne motnje kazale simptome motenj iz spektra shizofrenije. Za pojav statistično pomembne razlike med skupinama je bilo potrebno obdobje 5 let po poporodni duševni motnji. V tem časovnem intervalu se je razjasnilo, ali se bo pri bolnici razvila kronična bolezen in katera bo njena končna diagnoza.

Za boljše predvidevanje dolgoročnega poteka bolezni bi potrebovali predvsem večje število bolnic v vzorcu, bolj sistematično spremljanje in natančno diagnostiko. Glede na to, da je pogostost poporodnih duševnih motenj, ki zahtevajo sprejem v bolnišnico, nizka, bi za bolj natančne in uporabne rezultate potrebovali študijo, ki bi zajela vse slovenske regije. Zanimivo bi bilo narediti longitudinalno prospektivno študijo, pri kateri bi sodelovali strokovnjaki s področja psihiatrije, porodništva in družinske medicine. S tem bi zagotovili kakovostnejše podatke o nadaljnjem poteku bolezni. Spremljali bi lahko tudi vpliv duševnega zdravja matere na razvoj otroka in odnos med njima.

ZAHVALE

Najlepše se zahvaljujema asist. mag. Marjeti Blinc – Pesek za številne nasvete, spodbude, vsestransko pomoč in čas, ki nama ga je namenila. Zahvaljujema se mentorju doc. dr. Roku Tavčarju za nasvete in pomoč pri statistični obdelavi podatkov. Zahvaljujema se doc. dr. Milanu Ličini za dragocene podatke in številne spodbude ter doc. dr. Janezu Mlakarju za koristne nasvete. Primariju Jožetu Felcu se zahvaljujema za omogočen vpogled v medicinsko dokumentacijo bolnic, ki so bile vključene v raziskavo.

LITERATURA

1. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (6): 913–7.
2. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363 (9405): 303–10.
3. Rohde A, Marneros A. Schizoaffective disorders with and without onset in the puerperium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 242 (1): 27–33.
4. Schöpf J, Bryois C, Jonquiére M, Le PK. On the nosology of severe psychiatric post-partum disorders. Results of a catamnestic investigation. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1984; 234 (1): 54–63.
5. Agrawal P, Bhatia MS, Malik SC. Postpartum psychosis: a study of indoor cases in a general hospital psychiatric clinic. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81 (6): 571–5.

6. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja (Republike Slovenije), 1995: 332–357.
7. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 1996; 67 (5): 2512–26.
8. Pritchard DB, Harris B. Aspects of perinatal psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1996; 169 (5): 555–62.
9. Brockington I. A portfolio of postpartum disorders. In: Brockington I, eds. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 134–99.
10. Riecher-Rössler A. Psychiatric disorders and illnesses after childbirth. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65 (3): 97–107.
11. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 1988; 97 (4): 467–74.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–6.
13. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (4): 243–9.
14. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74 (2): 205–16.
15. Hays P, Douglass A. A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of manic-depression. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 69 (3): 177–81.
16. Brockington I. Infanticide. In: Brockington I, eds. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 431–68.
17. Kirpinar I, Coşkun I, Çayköylü, Anaç Ş, Özer H. First-case postpartum psychoses in Eastern Turkey: a clinical case and follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100 (3): 199–204.
18. Benvenuti P, Cabras PL, Servi P, Rosetti S, Marchetti G, Pazzagli A. Puerperal Psychoses: a clinical case study with follow-up. *J Affect Disord* 1992; 26 (1): 25–30.
19. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13 Suppl 2: S43–50.
20. Baker JA. Bipolar disorders: an overview of current literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8 (5): 437–41.
21. Attiullah N, Zimmerman M. Update on the diagnosis and treatment of depression. *Med Health RI* 2003; 86 (10): 310–4.
22. Kaplan HI, Sadock B J. *Synopsis of psychiatry*. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
23. Jones P, Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21 (1): 1–25.
24. Marneros A. The schizoaffective phenomenon: the state of the art. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; 108 (418): 29–33.
25. Black DW, Andreasen NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder, and delusional (paranoid) disorders. In: Hales RE et al, eds. *Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999. p. 425–77.
26. Žvan V. Razpoloženjske (afektivne) motnje. In: Tomori M, Zihel S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta, 1999. p. 201–4.
27. Marušič A, Roškar S, eds. *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 2003.
28. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of post partum illness, 1946–1978. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71 (5): 451–7.
29. Ličina M. Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu. *Zdrav Vestn* 1997; 66 (6): 285–8.
30. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662–73.
31. Demyttenaere K, Lenaerts H, Nijs P, Van Assche FA. Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91 (2): 95–102.
32. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of Postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100 (2): 122–32.
33. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Curr Obstet Gynaecol* 2003; 13 (1): 7–13.
34. Meltzer ES, Kumar R. Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 647–54.
35. Videbech P, Gouliouv G. First admission with puerperal psychosis: 7–14 years of follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91 (3): 167–73.
36. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38 (7): 829–33.
37. Dean C, Kendell RE. The symptomatology of puerperal illness. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 128–33.
38. Kumar R, Isaacs S, Meltzer E. Recurrent post-partum psychosis. A model for prospective clinical investigation. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 618–20.
39. Da Silva L, Johnstone EC. A follow-up study of severe puerperal psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 346–54.
40. Ličina M, Mlakar J. Poporodne in laktacijske psihoze. *Zdrav Vestn* 1984; 53 (6): 309–12.

41. Schöpf J, Rust B. Follow-up and family study of postpartum psychoses. Part I: Overview. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994; 244 (2): 101–11.
42. Zorko M, Roškar S, Marušič A. Novosti na področju raziskovanja samomora. *Pogled/The View-Acta. Suicidologica Slovenica*; 1 (1–2): 9–12.
43. Milčinski L. Samomor in Slovenci. 2nd ed. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
44. Brockington I. Puerperal psychosis. In: Brockington I, eds. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 200–30.
45. Klompenhouwer JL, Van Hulst AM. Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84 (3): 255–61.
46. Lanczik M, Fritze J, Beckmann H. Puerperal and cycloid psychoses. Results of a retrospective study. *Psychopathology* 1990; 23 (4–6): 220–7.

Prispelo 5. 2. 2005

Priloga 1: ANKETNI VPRAŠALNIK

Ime in priimek: _____

1. Duševne težave po porodu je imela tudi:

- MATI
- SESTRA
- HČI
- DRUGA SORODNICA (kdo?) _____

2. Ali je v vaši družini (sorodstvu) prisotna odvisnost od alkohola?

- DA – vrsta sorodstva: _____
- NE

3. Ali so v vaši družini (sorodstvu) prisotne druge duševne motnje?

- DA – vrsta motnje in vrsta sorodstva: _____
- NE

4. Letnice rojstev in spol vaših otrok?

5. Ali je imel kateri od otrok prirojene nepravilnosti?

- DA – Katere? _____
- NE

6. Ali so bili vsi vaši otroci živorojeni?

- DA
- NE – število mrtvorjenih otrok: _____

7. Ali imate v zadnjih petih letih redne kontrole pri psihiatru?

- DA
- NE

8. Ali v zadnjih petih letih redno jemljete zdravila zaradi duševnih težav?

- DA
- NE

9. Ali ste trenutno:

- POROČENI
- LOČENI
- OVDOVELI
- SAMSKI (NIKOLI POROČENI)

10. V zadnjem mesecu se počutite:

- DOBRO
- ZADOVOLJIVO
- SLABO
- NEVZDRŽNO

11. Medosebni odnosi v vaši družini v zadnjem letu so:

- DOBRI
- ZADOVOLJIVI
- SLABI
- NEVZDRŽNI