

Izraženost simptoma anksioznosti i depresije u trudnica s pozitivnom i negativnom anamnezom ranijih spontanih pobačaja

Medjedović Marčinko, Vesna

Doctoral thesis / Disertacija

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:087650>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Vesna Medjedović Marčinko

**Izraženost simptoma anksioznosti i depresije u
trudnica s pozitivnom i negativnom anamnezom
ranijih spontanih pobačaja**

DISERTACIJA

Zagreb, 2016.

Disertacija je izrađena u Specijalističkoj ginekološkoj ordinaciji Vesna Medjedović Marčinko, Zaprešić.

Voditelji rada:

prof.dr.sc. Slavko Orešković

i

prof.dr.sc. Veljko Đorđević.

Zahvaljujem se mentorima i članovima stručnog povjerenstva na nesebičnoj pomoći, savjetima te odličnim smjericama i podršci prilikom osmišljavanja, provedbe i izrade disertacije. Također se zahvaljujem svojim voljenim roditeljima, a posebno suprugu na velikoj podršci.

Disertaciju posvećujem svojoj djeci, Niki i Davidu.

Sadržaj disertacije

Redni broj poglavlja	Naslov	Broj stranice
1.	Uvod i pregled dosadašnjih istraživanja i spoznaja	1
2.	Hipoteze i ciljevi istraživanja	22
3.	Ispitanici i metode	24
4.	Statistička obrada podataka i prikazivanje rezultata	28
5.	Očekivani znanstveni doprinos	30
6.	Rezultati	32
7.	Rasprava	70
8.	Zaključak	81
9.	Sažetak na hrvatskom i engleskom jeziku	83
10.	Literatura	86
11.	Životopis	98

1

Uvod i pregled dosadašnjih istraživanja i spoznaja

Uvod

Žena u trudnoći doživljava niz bioloških i psiholoških promjena. Psihološki zdrave žene, trudnoću doživljavaju kao nešto pozitivno i kao vid samoispunjenja. Dio žena doživljava trudnoću negativno, pri čemu su strahovi najviše usmjereni na moguće malformacije ploda, komplikacije pri porođaju i na brigu o novorođenčetu. Na mentalno zdravlje žene u trudnoći i porodu utječu raznovrsni čimbenici kao što su 1. značenje materinstva u sustavu vrijednosti žene i njezine okoline, te pozitivnog ili negativnog identiteta žene, 2. kvaliteta bračnih ili partnerskih odnosa, 3. doživljaj trudnoće kao željene ili neželjene, iz ljubavi ili bez ljubavi, planirane ili neplanirane, 4. definiranje trudnoće i porođaja kao prirodnog procesa ili onesposobljavajućeg procesa opasnog po život, 5. ranijeg iskustva namjernih ili spontanih pobačaja. Uloga stresa, kao i simptoma anksioznosti i depresije smatraju se bitnim za period trudnoće.

PSIHOLOŠKI ASPEKTI TRUDNOĆE I MATERINSTVA

Prema psihoanalitičkim teorijama, žene tijekom svog psihoseksualnog razvoja trebaju postići *separaciju od primarnih obitelji i uspostaviti neovisni identitet* i upravo o uspjehu ove separacije ovisi i uspjeh njihove majčinske uloge. Ukoliko je određena žena imala loš model u vlastitoj majci, njezina psihička stabilnost biti će narušena i pojaviti će se problem nedovoljnog samopouzdanja prije i nakon što rodi vlastito dijete. S aspekta obitelji, razvidno je da postoje transgeneracijski obrasci ponašanja. Premda trudnoća ima značajne emocionalne i psihološke posljedice, u cjelini gledano, štiti žene protiv mentalnih bolesti. Psihološko vezivanje žene za nerođeno dijete počinje već u ranoj trudnoći, a početkom 2. trimestra trudnoće većina žena doživljava psihičku interakciju sa svojim djetetom. Prema psihoanalitičkim stavovima, majka projicira čitav niz svojih želja i strahova na svoje nerođeno

dijete. Tako se simptom poslijeporođajne psihičke izmijenjenosti žene, kada ona ima prisilne misli o ozljeđivanju djeteta, objašnjava time da je dijete za nju u psihološkom smislu nevoljeni dio ličnosti na koji onda ona usmjerava negativne impulse. Tijekom trudnoće mijenja se i *seksualno ponašanje trudne žene*. Dio žena ima pojačani seksualni nagon što se povezuje s pojavom vazokongestije u zdjelici, dok dio žena ima smanjenu želju ili gubi interes za intimnim odnosima. Tumačenja su raznolika, od doživljaja psihičke izmijenjenosti kod žene do stavova da se dolaskom majčinstva nakratko gubi seksualna dimenzija ličnosti. U seksualnosti trudne žene važnu ulogu ima i stav partnera te integriranost sveukupnog odnosa para. Trudnoća kod žene donosi nove spoznaje. Jedna od njih je i fizička spoznaja da je njeno tijelo nešto u čemu se događaju promjene koje će rezultirati novim životom. U kasnijim stadijima trudnoće, kako se njezino fizičko i psihičko stanje mijenja, ona sve više postaje svjesna djeteta koje se razvija u njoj. To utječe na njezin identitet i njezine osjećaje da će postati majka. Ako je trudnoća bila teška, porođaj će značiti veliko olakšanje, dok neke žene to doživljavaju u psihološkom smislu kao jak osjećaj da su nešto izgubile. Ako porođaj dobro prođe, onda dolazi do zadovoljstva i sreće, ali može otpočeti ili se pojačati osjećaj konfuzije o ženinom vlastitom identitetu. To je razdoblje kada su žene jako ranjive. U trenutku kada se žena koja treba roditi nalazi u rodilištu može doći do reaktivacije nekih ranijih konflikata. Žena je sada tek jedno ime, nalazi se među puno nepoznatnih žena koje trebaju roditi, i uz svu moguću brigu koja joj se posvećuje od strane medicinskog osoblja, može doživjeti raskol vizije idealnog materinstva u stresnoj i užurbanoj atmosferi rađaonice. Odnos prema partneru ili mužu generalno se mijenja tijekom trudnoće i nakon porođaja. Dolazi do značajne promjene, jer dva slobodna odrasla bića postaju par koji veliki dio svoje libidinozne, životne energije treba od sada ulagati u brigu o djetetu. No, nisu svi partneri isti, neki se maksimalno angažiraju oko djeteta, dok drugi nisu prisutni kod ranog razvoja djeteta – upravo to može biti značajni otegotni faktor koji djeluje na pojačanu ranjivost žene, kojoj nedovoljna podrška

partnera može biti trigger za nastanak psihičkih smetnji, što cijelu priču podižu na drugu razinu u kojoj stradavaju majka, dijete i obitelj. Materinstvo često vodi u depresivno stanje kada su djeca u centru pažnje, a muževi napreduju u karijeri. Stoga je bitno naglasiti da jačanje obiteljskih veza i podizanje na pijedestal institucije obitelji, ima direktni pozitivni učinak na međusobni odnos dvaju roditelja i na njihov plan oko brige djeteta, što sve stvara zdravu atmosferu prijeko potrebnu za rast i razvoj novorođenog djeteta (Beebe i sur., 1994; Appleby i sur. 1994; Magezis, 2001).

Krizni periodi u trudnoći

Trudnoća je vrijeme fizioloških i psiholoških promjena i za neke trudnice vrijeme kada dolazi do razvoja krize. Biti «dobra» majka je često povezano sa osjećajem sigurnosti u djetinjstvu kao i sa harmoničnim odnosom s vlastitom majkom. Ambivalentan odnos prema trudnoći, anksioznost u svezi vlastitog zdravlja, kao i zdravlja djeteta, zabrinutost zbog promjena u načinu života nakon poroda kao strah kako se nositi sa novonastalom situacijom su tipični, posebice za prvoročke, i normalni. U prvom trimestru neke trudnice osjećaju povećanu emocionalnu labilnost, koja može biti potaknuta mučninama, povraćanjem, napetim grudima i drugim fiziološkim promjenama tipičnim za ranu trudnoću. Kasnije u trudnoći, tjelesne promjene, promijene interesa za seks i zabrinutost u svezi samog porođaja, doprinose promjeni raspoloženja. Jako je važno diferencirati ove promjene, svojstvene većini zdravih trudnica, od promjena koje su često povezane s mentalnim bolestima. Dok su simptomi anksioznosti uobičajeni, oni obično ne uključuju napadaje panike, kao što ni periodi lošeg raspoloženja obično nisu praćeni osjećajem krivice i niskog samopoštovanja, naglašenom psihomotornom agitacijom ili inhibicijom te perzistentnim suicidalnim mislima. Posebno vulnerabilna je skupina vrlo mladih, samohranih i nezaposlenih majki. Njihove vlastite potrebe mogu nadjačati potrebe njihovih beba i rano planiranje adekvatne podrške ovoj

skupini trudnica je esencijalno u pomoći da se razvije njihova sposobnost da brinu o svom djetetu. Starije roditelje često preidealiziraju trudnoću i porod te mogu imati problema naviknuti se na novonastale životne promjene nakon rođenja djeteta. Druge grupe žena, koje mogu iskusiti određene teškoće uključuju one koje su imaju opterećenu opstetričku anamnezu u smislu prijašnjih gubitaka ili loših ishoda trudnoće, žene koje su zatrudnjele postupcima medicinski potpomognute oplodnje, žene s visokorizičnom trudnoćom kao i one koje su imale hitni carski rez u prethodnoj trudnoći zbog komplikacija u tijeku samog poroda.

PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI U TRUDNOĆI

Zanimljivo je da se normalna trudnoća, premda se ubraja u tzv. velike životne događaja, smatra razdobljem s bitno manjim rizikom od razvoja psihijatrijskog poremećaja, hospitalizacije ili suicida, u usporedbi s drugim životnim razdobljima žene. Objašnjenje leži u povišenoj razini progesterona tijekom trudnoće što ima smirujući i blago euforični učinak, povišenom stupnju tolerancije okoline prema budućoj majci, te u psihologiji «da nose nešto dobro unutar sebe». Međutim, čak do dvije trećine trudnica pokazuje neke psihološke simptome, posebice u prvom i trećem trimestru trudnoće, u vidu anksioznosti, razdražljivosti, labilnog raspoloženja i sklonosti depresiji. Može se pojaviti velika zabrinutost zbog mogućih malformacija ploda, rađanja mrtvog djeteta, bolnog ili kompliciranog poroda. Klinički manifestna depresija je prisutna čak i u do 10% trudnica, posebice u prvom trimestru trudnoće. Rizik je veći u trudnica koje u anamnezi imaju depresiju, abortuse, neželjenu trudnoću i bračne nesuglasice i sukobe (Jakovljević, 1998; Cox i sur., 1987).

U adolescentnim trudnoćama zbog spleta socio-razvojnih okolnosti postoji povećan rizik za suicidalno ponašanje. U najvećoj mjeri taj se rizik pripisuje čimbeniku stresa što opterećuju mladu majku koja je još u razvoju i nije sposobna nositi se s teretom majčinstva. Zanimljiv je podatak, da su prije perioda učestalog korištenja kontracepcije i legalnih pobačaja, trudnice

svih životnih doba bile pod povećanim rizikom suicida, što se objašnjavalo faktorom neželjene trudnoće i nezadovoljavajuće socijalne podrške (Cox i sur., 1987).

Pike

Pika je jaka želja i ponavljana ingestija neuobičajene hrane ili nejestivih tvari. Ovaj se poremećaj javlja znatno češće u trudnica određenih subkulturnih krugova, primjerice među Afroamerikankama u ruralnim sredinama.

Umišljena trudnoća /pseudocyesis/

Ovaj rijedak sindrom ide uz simptome trudnoće kao što su abdominalna distenzija, povećanje grudi, pigmentacija, izostanak menstruacije i jutarnje mučnine. Prvi je ovo stanje prikazao Hipokrat. Među poznatijim ličnostima koje su patile od ovog sindroma ubrajaju se Mary Tudor, kraljica Engleske (1516.-1558.), koja je imala 2 epizode umišljene trudnoće. Također je epizodu ovog poremećaja imala i Anna O., poznata pacijentica Sigmunda Freuda. Umišljena trudnoća, javlja se u svim dobnim skupinama.

Tretman ovog stanja treba započeti kod ginekologa tako da se pacijentici napravi test na trudnoću, te da ona zatim dobije jasno objašnjenje kako je potvrđeno da nije trudna. Ukoliko i dalje kod pacijentice postoje uvjerenja da je trudna, unatoč negativnim objektivnim nalazima, treba konzultirati psihijatra. Često je uz suportivnu psihoterapiju koja je terapija izbora, potrebno i uvođenje antipsihotika.

Hyperemesis gravidarum

Uzroci ozbiljne i perzistentne mučnine i povraćanja u trudnoći su još uvijek slabo razumljivi . Povećana razina humanog korionskog gonadotropina, promjene u funkciji štitnjače i promjene u motilitetu želudca i pH mogu igrati značajnu ulogu. Simptom povraćanja u trudnoći, psihodinamski se objašnjava kao izbacivanje sadržaja koji nisu prihvatljivi za integritet

ličnosti te postojanje nesvjesnih otpora kojima su opterećeni ego mehanizmi obrane. Dolazi do konverzije psihičkog konflikta u tjelesni simptom a kao organ reagiranja odabiru se usta, što je nesvjesno uvjetovano. Mučnina i povraćanje su češće i jače izraženi u emocionalno nezrelih trudnica, u slučajevima neplanirane trudnoće i u trudnica s izraženim mehanizmom poricanja trudnoće. Terapija je simptomatska, nadoknada tekućine, korekcija poremećene ravnoteže elektrolita, glukoza kao izvor energije, sedativi, antiemetici. Bihevioralni pristupi uključuju treninge relaksacije i desenzibilizacije a i medicinska hipnoza je pokazala dobre rezultate.

Couvade sindrom

To je rijetki poremećaj u kojemu budući otac razvija simptome karakteristične za trudnoću kao što su jutarnja mučnina, gastrointestinalne smetnje i čežnja za hranom. Ovi su simptomi povezani s anksioznošću i javljaju se ili u prvom trimestru ili pri kraju suprugine trudnoće. Odražavaju veliku povezanost između supružnika i hiperidentifikaciju budućeg oca s budućom majkom. Može odražavati i nesvjesnu zavist spram žene i njezine uloge u rađanju djece. Može također odražavati i zaokupljenost supruge trudnoćom i zanemarivanje supruga. Zanimljivo je da čak do 10% budućih očeva može razviti gastrointestinalne simptome tijekom trudnoće supruge. Tretman se sastoji u razuvjeravanju, a simptomi obično posve iščezavaju nakon poroda.

Poremećaji prilagodbe

Poremećaji prilagodbe su stanja emocionalnih smetnji koje ometaju socijalno funkcioniranje i najčešće se javljaju u situacijama neželjene trudnoće, gubitka željene trudnoće ili nekih velikih promijene za vrijeme trudnoće kao npr. razvod od partnera ili gubitak posla.

Ovi poremećaji se manifestiraju kao depresivno raspoloženje, anksioznost i osjećaj nesposobnosti snalaženja u novonastaloj situaciji. Pacijenti mogu opisivati preplavljujući osjećaj iritabilnosti i frustracije. Kratka (brief) psihoterapija je često efektivna.

Depresija

Premda je raširen stav kako je trudnoća razdoblje smanjenog rizika od pojave depresije i drugih poremećaja raspoloženja, podaci iz sve brojnije literature govore o prevalenciji depresivnih poremećaja od oko 10%. Teško je katkada razlikovati depresivne simptome od normativnih simptoma udruženih s trudnoćom kao što su poremećeno spavanje, fluktuacija apetita, smanjenje energije i promjene libida. Međutim, ovi se simptomi ne smiju zanemariti jer moguća depresija nosi veliki rizik i za majku i za plod. Poremećaj raspoloženja tijekom trudnoće je jedan od najjačih prediktora pojave postpartalne depresije. Dijagnoza se postavlja na temelju uobičajenih dijagnostičkih kriterija za depresivnu epizodu pri čemu treba isključiti moguće organske uzroke kao što su metaboličke i endokrine promjene, zlouporaba psihoaktivnih tvari, itd. Ako se radi o blažim epizodama, preferira se psihoterapija, dok je umjereno teškim, a posebice u teškim depresivnim epizodama nužna farmakoterapija. Podaci iz literature govore kako primjena tricikličkih antidepresiva (preferiraju se sekundarni nadtercijarnim aminima) i fluoksetina nije povezana s povećanim rizikom od malformacija. Depresija je jedan od najčešćih zdravstvenih problema u žena. U preglednoj studiji Bennetta i sur. (2004), prevalencija depresije tijekom trudnoće je 7,4%, 12,8% i 12% za prvi, drugi i treći trimestar. Važno je diferencirati psihološke promjene vezane za trudnoću od psihijatrijske bolesti. Normalno je da trudnica ima ambivalentne emocije, osjeća se zabrinuto u svezi svog i djetetovog zdravlja i da bude zabrinuta zbog promjena koje će se desiti u njenom životu nakon poroda. Strah da neće biti dorašla novonastaloj situaciji s bebom, vrlo je čest, posebice u prvotki (Kugu i Akyuz, 2001). Mučnine i povraćanja, koje iskuse u prvom trimestru, napetost grudi i druge fizičke promjene mogu poremetiti ženinu emocionalnu

ravnotežu. U drugom trimestru, daljnje tjelesne promjene, promijene vezane za seksualni interes, anksioznost u svezi poroda mijenjaju emocionalno stanje žene. U trećem trimestru, žene su fizički i mentalno preokupirane u pripremanju za porod i brigu oko djeteta i socijalna izolacija može negativno utjecati na emocionalnu ravnotežu (Ozkan i Bozkurt, 1999; Das, 2005). Ozbiljni psihijatrijski poremećaji se rijetko dešavaju u trudnoći. Blaži depresivni simptomi i manji psihički poremećaji kao što je anksioznost su češći. Depresija koja se javlja prvi put u trudnoći je obično blaga i prezentira se blažim simptomima anksioznosti, ne zahtijeva farmakoterapijski tretman (Stocky i Lynch, 2000). Simptomi anksioznosti se razvijaju kao fiziološki odgovor na stres (Cantwel i Cox, 2003; Gennaro i Hennessy, 2003). Nađena je korelacija između somatskih simptoma u trudnoći i anksioznosti i depresije (Kelly i sur., 2001). Obzirom da se somatski simptomi očekuju u normalnoj trudnoći, može nastati konfuzija između takvih, i onih somatskih simptoma koji su povezani sa depresijom. To je razlog zašto antenatalna depresija često ostane nedijagnosticirana. Tijekom trudnoće, depresiju možemo dijagnosticirati ako emocionalne smetnje traju duže od dva tjedna, ako su nazočne smetnje u memoriji i koncentraciji, ako trudnice gube na kilaži i imaju smanjen apetit, bude se rano ujutro i osjećaju se loše, osjećaju općeniti gubitak interesa i energije, krivnju, bespomoćnost i imaju misli o samoozljeđivanju (naročito ako su planirale ili imaju prethodni pokušaj samoozljeđivanja). Nedijagnosticirana i netretirana depresija tijekom trudnoće može dovesti do značajnog morbiditeta majke i djeteta što dakako rezultira u većim medicinskim troškovima (Kelly i sur., 2001; Campagne, 2004). Posljedice neliječene depresije uključuju neadekvatnu prehranu majke i djeteta, neadekvatnu prenatalnu zaštitu, loš opstetrički ishod, zlouporabu alkohola i droga kao i samoozljeđivanje ili ozljeđivanje fetusa. Neke studije ukazuju da anksioznost i depresija u trudnoći povećavaju broj komplikacija u trudnoći, kao što su spontani pobačaji (Lundy i sur., 1999), preeklampsija (Kurki i sur., 2000), prijevremeni porod kao i smanjenu porođajnu težinu (Nayak i Al-Yattama, 1999; Stocky i

Lynch, 2000; Weisberg i Paquette, 2002; Gennaro i Hennessy, 2003). Također djeca depresivnih trudnica imaju usporen razvoj u usporedbi s djecom zdravih žena (Jones i sur. 1998; Singer i sur., 2002). Ove bebe imaju simptome slične depresivnim simptomima kao što su sedacija, hipo ili hiperaktivnost (Lundy i sur., 1999). Također se nađeno da su depresija i anksioznost u trudnoći značajan prediktor za postpartalnu depresiju (Gennaro i Hennessy, 2003; Heron i sur., 2004; Robertson i sur., 2004). Obzirom da je trudnoća žene period u njihovom životu gdje je veća potreba za zdravstvenom skrbi kao što je i češći kontakt sa zdravstvenim osobljem, period trudnoće je jedinstvena prilika mogućnosti skrininga (probira) anksioznosti i depresije, izdvajanje rizičnih skupina, osiguravanja preventivnih mjera, te adekvatnog tretmana za dijagnosticiranu bolest. U terapiji se, osim farmakoterapije koristi i interpersonalna, suportivna, individualna, kognitivno-bihevioralna psihoterapija i fototerapija (Manber i sur., 2004). Akupunktura i masaža su se također pokazale efektivnom u terapiji antenatalne depresije (Manber i sur., 2003). Mnogi faktori kao što su adolescentna trudnoća, česte trudnoće u kraćem vremenskom periodu, neadekvatna prenatalna zaštita, nezaposlenost, niski stupanj obrazovanja, gubitak zdravstvenog osiguranja, ekonomski problemi, obiteljsko nasilje, bolest u obitelji mogu dovesti do anksioznosti i depresije u trudnoći. Simptomi depresije su nađeni kod 30% finških trudnica (Kurki i sur., 2000), 25% kanadskih (Da Costa i sur., 2000) i 21% u SAD-u (Kelly i sur., 2001). U američkoj studiji, depresivni simptomi su nađeni u 26% siromašnih afroameričkih trudnica (Chung i sur., 2004). Ovaj podatak pokazuje da prevalencija prenatalne depresije može varirati kod žena s različitim kulturološkim naslijeđem. Vrlo je važno istaknuti potrebu kvalitetne obiteljske kao i osobne anamneze kako drugih tako i psihičkih bolesti. Verdoux i sur. (2002), u Francuskoj, izvješćuje da žene s dijagnosticiranom anksioznošću u prenatalnom periodu imaju češće ozbiljne opstetričke komplikacije od zdravih žena. Također žene koje nisu zadovoljne svojim bračnim životom imaju statistički značajano više depresije u trudnoći od žena zadovoljnih u

braku (Bernazzani i Bifulco, 2003). Rizik depresije je povećan kod neželjene trudnoće, neplanirane trudnoće kao i kod negativne reakcije partnera ili obitelji na trudnoću. Psihoanalitičke teorije, u kontekstu depresije u trudnoći, naglašavaju važnost psihološke prorade prethodnog pobačaja (Leon, 1992; Scotland, 1998), kao i rada na doživljaju promjene tijela žene u trudnoći (Balsam 2003; Van Buren, 2004; Hall, 2007).

Anksiozni poremećaji

U literaturi postoje zanimljiva izvješća o rjeđoj pojavi paničnih napadaja u trudnoći, te da su u trudnoći simptomi od ranije postojećeg paničnog poremećaja blaže izraženi. Panični napadaji u trudnoći jak su prediktor pogoršanja anksioznosti u postpartalnom razdoblju. Dijagnoza se postavlja na temelju uobičajenih kriterija za panični poremećaj. Benzodiazepini nisu kontraindicirani u trudnoći, a fluoksetin je lijek izbora.

Psihotični poremećaji

Premda postoje izvješća da se stanje bolesnica s nekim psihotičnim poremećajima kao što je shizofrenija, može bitno poboljšati u trudnoći, međutim, u mnogih kroničnih psihijatrijskih bolesnica dođe do pogoršanja zbog prekida terapije održavanja antipsihoticima, posebice ako dođe do naglog prekida uzimanja antipsihotika. U trudnoći treba izbjegavati primjenu niskopotentnih antipsihotika zbog povećanog rizika od malformacija. Preferiraju se visokopotentni antipsihotici.

PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI U PUERPERIJU

Babinje predstavljaju razdoblje, čak i do 18 puta povećanog rizika od razvoja psihijatrijskih poremećaja. Pospartalni poremećaji označavaju psihijatrijske poremećaje koji započinju unutar 12 tjedana od poroda, premda definicije variraju od 6 tjedana do godine dana. Prema

DSM-IV klasifikaciji (APA, 2000) u postpartalne poremećaje ubrajaju se epizode psihičke izmijenjenosti koje nastaju unutar 4 tjedna od porođaja. Drži se kako je manja vjerojatnost da se radi o postpartalnom psihičkom poremećaju ako je pri pojavi simptoma dulje vrijeme proteklo od poroda. Učestalost organskih postpartalnih poremećaja i psihoza u nerazvijenim zemljama je još i danas velika, prije svega zbog infekcija i gubitka krvi. Poboljšano zbrinjavanje roditelja i racionalna primjena antibiotika u razvijenim zemljama u drugoj polovici prošlog stoljeća značajno su reducirali učestalost ovih poremećaja.

Postpartalna tuga (Baby Blues)

Definicija. Postpartalna tuga najblaži je od postpartalnih poremećaja, a očituje se prolaznim emocionalnim promjenama u prvom tjednu puerperija.

Epidemiologija. Javlja se u gotovo 50% žena, obično trećeg do petog dana nakon porođaja (Kennrery i sur., 1989).

Etiopatogeneza. Premda je nedvojbeno postpartalna tuga povezana s endokrinološkim i neurofiziološkim promjenama u postpartalnom razdoblju kao što su pad razine progesterona i estrogena te porast razine prolaktina, etiopatogeneza nije posve razjašnjena. Postoji povezanost s lošijom socijalnom prilagodbom, poremećenim bračnim odnosima, visokim skorom na skali neuroticizma, zabrinutošću i napetošću tijekom trudnoće.

Klinička slika. Simptomi postpartalne tuge su plač, labilnost raspoloženja, anksioznost i depresivni afekt. Ovi simptomi traju od par sati do par dana i ponekad ostavljaju negativne sekvele po funkcioniranje majke prema djetetu.

Tijek. Spontane remisije se obično događaju unutar 3 do 14 dana. Premda se postpartalna tuga može ponoviti i nakon sljedećeg porođaja, tada je obično blaže izražena.

Diferencijalna dijagnoza. Uvijek treba imati u vidu mogućnost razvoja depresivnog poremećaja.

Terapija. Podrška i razumijevanje liječnika, obitelji i prijatelja od velike je važnosti.

Postpartalna depresija

Definicija. Postpartalna depresija je psihički poremećaj koji se javlja nakon poroda, a očituje se simptomima disforičnog do depresivnog temeljnog raspoloženja, uz poremećaj sna, poremećaj apetita, psihomotorni nemir, zamor, osjećaj krivnje i suicidalna promišljanja.

Epidemiologija. Prema provedenim kliničkim studijama u Velikoj Britaniji i SAD-u, prevalencija postpartalne depresije je između 8 i 15%. Drži se kako *razdoblje puerperija samo po sebi nije rizično za nastanak depresije*, jer su kontrolirana klinička ispitivanja pokazala kako ne postoji signifikantna razlika učestalosti depresije kod žena u puerperiju u korelaciji sa ženama koje nisu rodile. Depresija se 3 puta češće javlja u prva tri mjeseca nakon poroda u odnosu na period od 6 mjeseci i godinu dana po porodu. Većina ispitivanja potvrđuje da se većina postpartalnih depresija javlja češće u prvih par tjedana po porodu, nego u mjesecima iza poroda (Isabella i sur., 1991; Cooper i sur., 1988; Cooper i Murray, 1995).

Etiopatogeneza postpartalne depresije vrlo je složena i nije posve razjašnjena.

Hipoteza hormonalne podloge postpartalne depresije slična je hipotezi o hormonalnoj bazi promjena raspoloženja u PMS-u i menopauzi (Dennerstein i Morse, 1988). Prvih par dana nakon poroda razna progesterona, estradiola i slobodne frakcije estriola doživljava značajan pad, za oko 90-95%. U periodu ovih hormonalnih promjena, žene, međutim, klinički često imaju simptome postpartalne tuge (postpartal blues), znatno češće nego sliku početka postpartalne depresije. Studija O'Hare, pokazala je kako kod dvije promatrane skupine žena (depresivne i nedeprativne), nivo estrogena pokazuje signifikantno niže vrijednosti u 36. tjednu trudnoće i 2. dana nakon poroda kod depresivnih žena u usporedbi s onima koje nisu pokazivale znakova depresije (Gregoire i sur., 1996).

Interakcija hiperprodukcije vezanog i slobodnog kortizola pred porođaj i nagli pad vrijednosti kortizola nakon poroda, smatraju se mogućim uzrokom postpartalne promjene raspoloženja,

ali za sada ipak nema dovoljno sigurnih dokaza. *Razina prolaktina* dostiže najviše vrijednosti krajem trudnoće, nakon porođaja je pad prolaktina značajno sporiji u odnosu na gonadalne hormone. U žena koje nisu trudne, visok a razina prolaktina povezuje se sa simptomima depresije, anksioznosti i disfornosti. Prema nekim studijama *hipotiroidizam* se povezuje s nastankom postpartalne depresije, osobito onda kada počinje više od 2 tjedna nakon porođaja (Pop i sur, 1991). Također je pokazano kako žene s pozitivnim antitijelima na tiroidne hormone imaju u usporedbi sa ženama koje imaju negativna antitijela, povećanu učestalost postpartalne depresije, neovisno o tiroidnoj disfunkciji. Također, novija istraživanja (Hohlagschwandtner i sur., 2001) pokazuju signifikantnu povezanost nivoa testosterona i depresivnosti kod žena u kasnoj trudnoći i babinju.

Ginekološki i opstetrički faktori. Jedna studija (Dennerstein i Morse, 1988), pokazala je da je kod žena s izraženim PMS-om postoji signifikantno veći rizik od nastanka postpartalne depresije kasnijih godina. Pri tome, se navodi i sličnost simptoma premenstrualne tenzije i simptoma postpartalne tuge i depresije. Opstetričke komplikacije kod poroda drže se značajnim stresogenim životnim čimbenicima i predisponiraju nastanak postpartalnih promjena raspoloženja (Johnstone i sur., 2001).

Više studija pokazuje kako su *stresogeni životni događaji* tijekom trudnoće i nakon poroda rizični čimbenik za nastanak postpartalne depresije, te da kod žena koje su prije trudnoće bolovale od neke forme afektivnog poremećaja, postoji povećan rizik relapsa bolesti nakon porođaja. Dokazana je i pozitivna korelacija postnatalnih komplikacija sa zdravljem novorođenčeta i nastanka postpartalne depresije kod majke (Cooper i Murray, 1995; Ferguson i sur., 2002).

Bračni, partnerski i obiteljski odnosi. Veliki broj studija ukazuje na povezanost nepovoljnih maritalnih ili partnerskih odnosa tijekom trudnoće s rizikom nastanka postpartalne depresije. Loš odnos buduće majke s vlastitom majkom važan je rizični čimbenik što se tumači

usađenom krivom percepcijom vrijednosti majčinstva koje se doživljava kao izvor frustracija jer je programirani negativni obrazac očekivanja svoje uloge nakon porođaja.

Osobna i obiteljska psihopatologija. Žene koje imaju pozitivnu psihijatrijsku anamnezu prije trudnoće, imaju povećan rizik nastanka postpartalne depresije. Novije meta-analize ukazuju na veza pozitivne obiteljske psihijatrijske anamneze, osobito prisutnost depresije u majki porodilja, i nastanka postpartalne depresije.

Klinička slika. Depresivne epizode koja se javljaju u puerperiju, pokazuju često drugačije simptome od depresivnih epizoda koje se javljaju neovisno o porodu, ali drži se kako nema suštinskih razlika. Prema O'Hari depresije koje se javljaju tri tjedna po porodu, imaju znatno viši skor na skali ispitivanja depresivnih simptoma. Pitt je na temelju svojih istraživanja postpartalne depresije nazvao atipičnim zbog atipičnih simptoma. Tu je atipičnost okarakterizirao time da dominiraju neurotski simptomi, anksioznost, iritabilnost, fobične smetnje, koje prevladavaju nad temeljnim depresivnim raspoloženjem i afektom. Promjenjiv tijek i labilnost raspoloženja češći su u postpartalnim depresivnim epizodama. I u psihotičnim i u nepsihotičnim kliničkim slikama mogu biti prisutne suicidalne ideje, opsesivne misli da se nanese zlo djetetu, gubitak koncentracije, anksioznost i psihomotorička agitacija, panični napadaji, izražena plačljivost, nesanica koja se češće očituje u vidu otežanog uspavlivanja nego kao rano buđenje, te nedostatak ili gubitak interesa za novorođeno dijete. Mnoge pacijentice osjećaju krivnju emocionalnog zbog stanja u kojemu se nalaze jer vjeruju da bi trebale biti sretno i vesele.

U konačnici gledano, sumirajući sva provedena ispitivanja, postpartalna depresija ima dosta zajedničkih osobina s nepostpartalnim depresijama i uvijek zahtijeva stručni psihijatrijski nadzor i tretman. Trajanje epizoda postpartalne depresije se ne razlikuje značajno od trajanja nepostpartalne depresivne epizode (18-19), a prema težini poremećaja razlikujemo blage, umjerene i teške nepsihotične i psihotične depresivne epizode.

Tijek i prognoza. Glavna posljedica kod žena koje boluju od postpartalne depresije je rizik javljanja nove depresivne epizode. Istraživanja ovog područja su prilično jednoznačna. Naime, žene koje su bolovale od postpartalne depresije, u usporedbi sa ženama koje nisu imale postpartalnu depresiju, imaju povećan rizik javljanja nove depresivne epizode kroz period od 5 godina.

Cooper i Murray (1995) su proveli ispitivanje prvorotki kojima je epizoda postpartalne depresije bila prva depresivna epizoda u životu. Ustanovili su kako je trajanje epizode postpartalne depresije kod tih žena kraće nego prosječno trajanje depresivne epizode, imale su manji rizik javljanja novih depresivnih epizoda, kako u postpartalnom periodu tako i u ostalim životnim razdobljima - kontrolna skupina bile su žene koje su prije postpartalne depresije imale neku depresivnu epizodu u životu. Ovo otkriće Coopera i Murraya ukazuje na to da u nastanku postpartalne depresije postoje biologijski i psihosocijalni poticajni čimbenici nastanka bolesti koji se povezuju s promjenama u trudnoći i puerperiju.

U cjelini gledano, epizoda postpartalne depresije rizični je čimbenik za nove depresivne epizode tijekom života i zahtijeva ozbiljno liječenje, jer uz element patnje kod majke, depresija ima direktne implikacije i na rani razvoj djeteta što ukazuje koliko je bitno pravovremeno dijagnosticiranje i liječenje ove bolesti.

Dijagnoza. Za postavljanje dijagnoze postpartalne depresije (Ferguson i sur., 2002), potrebno je da žena kroz period od najmanje tjedan dana, pokazuje psihičke smetnje koje je čine disfunkcionalnom. Prema Američkom psihijatrijskom udruženju potrebno je prisustvo najmanje 5 simptoma za dijagnozu velike depresivne epizode, a ako je prisutan manji broj simptoma radi se o maloj depresivnoj epizodi.

Liječenje. Temelji se na općim načelima liječenja depresivnih poremećaja koji uključuju specifičnu prilagodbu kontekstu u kojemu se nalazi pacijentica.

Psihoterapija. Od psihoterapijskih tehnika, za rad sa žena koje imaju postpartalnu depresiju, primjenjuju se raznovrsne tehnike, od suportivnih pa do interpersonalnih, kognitivno-emocionalno-bihevioralnih, a rjeđe i psihoanalitičke tehnike. Nužno je da terapeut uspostavi kvalitetan terapijski odnos s ženom koju liječi, kako bi se psihoterapijski postupak mogao uspješno odvijati. Jedna kanadska studija ispitala je utjecaj socijalnih suportivnih grupa na žene s postpartalnom depresijom – ustanovljeno je da što se tiče simptoma depresije nije bilo značajnog poboljšanja, no postignut je bitan pomak u interakciji majka-dijete (Stuart i sur., 1995).

Farmakoterapija. U Velikoj Britaniji provedena je dvostruko slijepa, randomizirana, s placebom kontrolirana studija, koja je ispitala učinak transdermalnog estrogena te je ustanovljeno da su žene s postpartalnom depresijom, koje su 6 mjeseci primale estradiolnu transdermalnu terapiju, imale značajno brži i kvalitetniji oporavak u odnosu na žene koje su bile na placebo (Ahokas i sur., 2001). Što se tiče primjene antidepresiva (Jakovljević, 1998; Kaplan & Sadock, 1998), treba biti oprezan, jer unatoč tome što je neosporna djelotvornost i korist uporabe antidepresiva kod žena s postpartalnom depresijom, treba upozoriti žene da se lijek izlučuje u majčinom mlijeku te da je, ukoliko žena doji, moguće nepoželjno djelovanje lijeka na dijete. Ženama koje primaju antidepresive, u principu se savjetuje da ne doje djecu. Od antidepresiva kao prvi izbor preporučaju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina gdje spadaju fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sertralin i citalopram. Kako je primijećeno da ima razlika u njihovom izlučivanju u majčino mlijeko, pri izboru lijeka treba imati u vidu rezultate kliničkih studija koje su pokazale kako najmanje koncentracije u majčinom mlijeku pokazuju fluvoksamin i sertralin, pa se tako savjetuje njihova primjena (Nordeng i sur., 2001).

U Velikoj Britaniji, razvijeni su specijalne kliničke jedinice za hospitalizaciju žena koje u babinju razvijaju psihičke smetnje. U posebno uređenim sobama, žene mogu boraviti pod

nadzorom sa svojom djecom kako zbog bolesti ne bi bio narušen odnos majka-novorodjenče što je bitno kako za majku, tako i za dijete u njegovoj najranijoj fazi razvoja (Chabrol i sur., 2002).

Prevenција. Može se usmjeriti na žene koje su pod rizikom od psihičke bolesti tijekom trudnoće i ranog puerperija, Preventivne strategije uključuju niz praktičnih aktivnosti (kako da si žena sama pomogne, ali i dobije pomoć nakon poroda, posebice glede brige o djetetu) i terapijskih aktivnosti (učenje relaksacijskih tehnika i rad u grupi). Ustanovljeno je da žene koje sudjeluju u provođenju preventivnih aktivnosti, imaju bolji emocionalni status u razdoblju nakon porođaja. Unatoč tomu što neke studije nisu potvrdile estrogensku hipotezu nastanka postpartalne depresije, postoje razmišljanja i o estrogenskoj profilaktičkoj terapiji postpartalne depresije.

POSTPARTALNA PSIHOZA

Definicija. To je sindrom koji se javlja nakon poroda i obilježen je sumanutostima i/ili halucinacijama. Može se pojaviti kao dio poremećaja raspoloženja, kratkotrajnog psihotičnog poremećaja ili sekundarnog psihotičnog poremećaja.

Epidemiologija. Javlja se 1-2 slučaja na 1000 poroda. U 50-60% javlja se kod prvorođene, a oko 50% tih žena ima pozitivnu obiteljsku anamnezu poremećaja raspoloženja. Zanimljivo je da postoje slučajevi kada očevi novorođene djece pokazuju psihotične smetnje po rođenju djeteta, takvi muškarci obično imaju od ranije izražen rizik psihičkog obolijevanja koje se potencira stresom novonastalog roditeljstva. U gotovo 80% slučajeva radi se o afektivnim psihozama.

Etiopatogeneza. Veliki broj podataka govori kako je epizoda postpartalne psihoze u biti epizoda u sklopu poremećaja raspoloženja, obično bipolarnog afektivnog poremećaja, a moguć je i ponavljajući (unipolarni) depresivni poremećaj. Incidencija javljanja poremećaja raspoloženja u obitelji bolesnica s postpartalnom psihozom, slična je incidenciji u obitelji kod

žena koje boluju od bipolarnog poremećaja. Validnost dijagnoze poremećaja raspoloženja se obično verificira u godini nakon porođaja, kada dvije trećine žena s postpartalnom psihozom ima drugu epizodu bolesti. Smatra se kako proces porođaja reprezentira značajan nespecifični stres po ženu te se razvoj epizode poremećaja raspoloženja povezuje s hormonalnim promjenama.

U rijetkim slučajevima, postpartalna psihoza je posljedica općih medicinskih razloga povezanih s perinatalnim periodom, kao što su infekcije, intoksikacije lijekovima (primjerice skopolamin ili meperidin), toksemija i gubitak krvi. Iznenadni pad koncentracije estrogena i progesterona neposredno nakon porođaja može također doprinijeti nastanku psihičkih smetnji, no međutim terapija tim istim hormonima pokazala se kao neučinkovita.

Klinička slika. Simptomi postpartalne psihoze počinju obično nekoliko dana nakon porođaja, srednje vrijeme javljanja je 2-3 tjedna po porodu, a računa se da može početi unutar 8 tjedana nakon porođaja. Obično počinje s pretjeranim umorom, insomnijom, epizodama plača i emocionalne labilnosti. Uz to ide sumnjičavost, konfuzija, inkoherentnost mišljenja, iracionalni zaključci, a česta su i opsesivna razmišljanja vezana uz zdravlje djeteta. Sumanute ideje prisutne su kod 50% pacijentica, a halucinacije kod oko 25% pacijentica. Čest je i simptom nemogućnosti pokretanja, stajanja i hodanja.

Pacijentice mogu imati osjećaje kako ne žele svoje dijete ili da ga ne vole, ponekad se kao simptom javlja želja za samoozlijeđivanjem i/ili ozlijeđivanjem djeteta. Čedomorstvo je često povezano s postpartalnim psihotičnim epizodama koje uključuju naređujuće halucinacije da se ubije dijete ili sumanutosti da je dijete opsjednuto i da je u njemu zlo koje treba uništiti. Sumanutosti mogu uključivati ideju da je dijete mrtvo ili defektno, da je opsjednuto đavlom, da mu je predodređena strašna sudbina, ili pak da ima posebne sposobnosti. Kao psihotični simptomi mogu se javiti i negacija rođenja djeteta te progonstvene i druge sumanute ideje.

Halucinacije su obično slušne i često su imperativnog karaktera kada glas traži od žene da ubije svoje dijete, ali mogu imati i druge vrlo bizarne i neugodne sadržaje.

Dijagnoza. Specifični dijagnostički kriteriji za postpartalnu psihozu nisu uključeni u psihijatrijsku klasifikaciju, kako u MKB-10 tako i DSM-IV. Dijagnoza se postavlja kada se kod žene koja je nedavno rodila pojave simptomi psihoze. Karakteristični simptomi uključuju sumanutosti, kognitivne deficite, poremećaje raspoloženja i ponekad halucinacije.

Diferencijalna dijagnoza. Diferencijalno dijagnostički moguć je poremećaj raspoloženja s postpartalnim početkom, zatim kratkotrajni, prolazni psihotični poremećaj te razvoj shizofrene psihoze. Mogući su psihotični poremećaji zbog općih medicinskih uzroka, primjerice hipotireoza i Cushingov sindrom. Od lijekovima uzrokovanih psihotičnih poremećaja, navodi se uporaba analgetika kao pentazocin ili antihipertenziva tijekom trudnoće. Drugi potencijalni medicinski uzroci uključuju infekcije, pre/eklampsiju i neoplazme.

Kod žena koje od ranije imaju dijagnozu poremećaja raspoloženja, epizoda bolesti nakon poroda, klasificira se kao pogoršanje stanja u okviru osnovne bolesti. Diferencijalno dijagnostički, postpartalna psihoza ne smije se miješati s postpartalnom tugom (postpartum blues), koja je prisutna kod do 50% žena po porodu i traje od par sati do par dana, a simptomi su plač, labilnost raspoloženja, iritabilnost, anksioznost i depresivni afekt.

Tijek i prognoza. Pojava floridnih psihotičnih simptoma, obično nastaje nakon prodromalnih simptoma kao što su insomnija, nemir, agitacija, labilnost raspoloženja i blaži kognitivni deficiti. Kada se pojave psihotični simptomi, pacijentica može biti opasna po sebe i novorođenče, ovisno o intenzitetu deluzionog sustava i stupnju agitiranosti. Studije pokazuju (Brockington i sur., 1981), kako 5% žena sa simptomima postpartalne psihoze počini suicid, a 4% počini infanticid.

Povoljni prognostički čimbenici uključuju dobro premorbidno funkcioniranje i adekvatni suport obitelji. Veliki broj studija pokazuje kako se uz adekvatnu terapiju, najveći postotak žena s postpartalnom psihozom potpuno oporavi i vrati u normalan život.

S obzirom da epizoda postpartalne psihoze po simptomima i tijeku bolesti sliča afektivnim psihozama, često se javi i druga epizoda, unutar 1-2 godine od poroda. Daljnje trudnoće povezane su s povećanim rizikom javljanja nove epizode bolesti.

Liječenje. Postpartalna psihoza mora se pravovremeno prepoznati i što prije započeti liječiti. Farmakoterapija izbora su antipsihotici, antidepresivi, te stabilizatori raspoloženja, npr. litij. Suicidalne pacijentice potrebno je hospitalizirati na psihijatrijski odjel, kako bi se prevenirao suicid. Ukoliko tijekom bolničkog liječenja, pacijentice zažele vidjeti svoje dijete, savjetuje se da se posjet obavi uz nadzor, pri tome treba posebno paziti na eventualni simptom i želju za samoozlijeđivanjem ili ozlijeđivanjem djeteta.

Psihoterapija je indicirana nakon perioda akutne psihoze i obično je usmjerena na rješavanje konflikta koji u radu s pacijenticom treba evaluirati. Pri tome je važno raditi i na jačanju suporta od strane supruga pacijentice i ostatka obitelji.

Emocionalne promjene povezane s gubitkom trudnoće (pobačajem)

Spontani pobačaji mogu biti povezani s reakcijom duboke žalosti, anksioznosti i depresije. Za većinu žena, ovi simptomi su najjači prvih nekoliko tjedana i prolaze spontano. Žene s prethodnom pozitivnom psihijatrijskom anamnezom su pod većim rizikom da razviju ozbiljniji psihički poremećaj u ovoj situaciji.

2

Hipoteze i ciljevi istraživanja

Hipoteza.

Trudnice koje u anamnezi imaju spontani pobačaj, imaju veći stupanj izraženosti simptoma anksioznosti i depresije kroz trudnoću, u odnosu na trudnice koje nemaju u anamnezi spontani pobačaj.

Ciljevi istraživanja.

Opći cilj je istražiti i opisati razlike u izraženosti simptoma anksioznosti i depresije u sva tri trimestra trudnoće, između trudnica sa i bez anamneze prethodnog spontanog pobačaja.

Specifični ciljevi su:

Cilj 1: Žene koje su prije trudnoće imale spontani pobačaj, imaju veći stupanj izraženosti simptoma anksioznosti i depresije, kroz sva tri trimestra trudnoće, u odnosu na žene koje nisu imale spontani pobačaj.

Cilj 2: U prvom trimestru trudnoće, kod svih trudnica je veći stupanj izraženosti simptoma anksioznosti, u odnosu na drugi i treći trimestar.

Cilj 3: U prvom trimestru trudnoće, kod svih trudnica je veći stupanj izraženosti simptoma depresije, u odnosu na drugi i treći trimestar.

3

Ispitanici i metode

Istraživanje je prospektivnog tipa i primarno je provedeno korištenjem podataka dobivenih u Specijalističkoj ginekološkoj ordinaciji Vesna Medjedović Marčinko, Zaprešić.

a) Ispitanice

Prva skupina sastoji se od 100 trudnica koje u anamnezi nemaju spontani pobačaj, a imaju barem jednu raniju urednu trudnoću.

Druga skupina sastoji se od 100 trudnica koje u anamnezi imaju podatak o barem jednom spontanom pobačaju. Skupine su ujednačene po dobi.

Osim trudnoće, ispitanice su ispunjavale i slijedeće kriterije:

1. Dragovoljno pristaju na ispitivanje, što se potvrđuje potpisom na informirani pristanak.
2. U anamnezi ne postoji podatak o liječenju zbog psihičkog poremećaja.
3. U anamnezi ne postoji podatak o liječenju zbog kroničnog somatskog poremećaja.
4. Trudnice s višeploidnom trudnoćom, neće se uključivati u ovo istraživanje, jer postoji dodatni faktor psihološkog distresa, zbog pridruženih rizika koji se javljaju uz višeploidne trudnoće.

Za provođenje ovog znanstvenog istraživanja dobivena je pismena suglasnost Etičkog povjerenstva Doma zdravlja zagrebačke županije te Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Prilikom istraživanja poštivati će se etička načela, zakoni Republike Hrvatske i odgovarajuće međunarodne konvencije. Sve ispitanice su prethodno upoznate s ciljevima istraživanja te su potpisale informirani pristanak, u kojem su navedeni svi bitni detalji istraživanja. Sudjelovanje u istraživanju je dragovoljno.

b) Metode

Ispitivanje je provedeno u slijedećim periodima trudnoće:

- 10. tjedan trudnoće (1.trimestar),
- 20. tjedan trudnoće (2.trimestar),
- 30. tjedan trudnoće (3.trimestar).

c) Psihologijski mjerni instrumenti

Klinički pokazatelji (razina simptoma anksioznosti, depresije te načini suočavanja sa stresom) su procijenjeni putem slijedećih mjernih instrumenata:

1. Beckova skala za depresiju
2. Beckova skala za anksioznost
3. Skala prethodne izloženosti stresogenim događajima (Holmes-Rahe life stress inventory)
4. Skala suočavanja sa stresnim situacijama (CISS – Coping Inventory for Stressful Situations)
5. Opći upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja

Način bodovanja Beckove skale za depresiju

Skala ima 21 pitanje: predviđen odgovor na svako pitanje, u rasponu od 0 do 3

Interpretacija bodovanja:

- 5-9 bez depresije
- 10-18 niska razina simptoma depresije
- 19-29 umjerena depresija

- 30-63 teška depresija.

Način bodovanja Beckove skale za anksioznost

Skala ima 21 pitanje: predviđen odgovor na svako pitanje, u rasponu od 0 do 3

Interpretacija bodovanja:

- 0-21: niska razina anksioznosti
- 22-35: umjerena razina anksioznosti
- preko 36: visoka razina anksioznosti

4

Statistička obrada i prikazivanje rezultata

Za statističku obradu podataka primjenjene su standardne metode deskriptivne statistike. Za analizu statističke značajnosti razlika u vrijednosti kvalitativnih obilježja primjenjen je hi-kvadrat test. U slučaju malog broja očekivanih događaja prema pojedinim kategorijama planiran je Fisherov "exact test". Za kvantitativne varijable, Kolmogorov-Smirnovljevim testom utvrđeno je da li slijede normalnu raspodjelu. Testiranje statističke značajnosti razlika kod kvantitativnih varijabli između ispitivanih skupina analizirano je pomoću jednosmjerne analize varijance (ANOVA), nakon koje je za usporedbu između pojedinačnih skupina korišten Tukeyev test višestruke usporedbe. Ukoliko vrijednosti ispitivanih obilježja ne budu slijedile normalnu raspodjelu za testiranje statističke značajnosti navedenih razlika planiran je neparametrijski Kruskal-Wallisov test. Za testiranje razlika u vrijednostima kvantitativnih obilježja između dvije ispitivane skupine primjenjen je Studentov t-test ili neparametrijski Mann-Whitney U-test. Sve opažene razine značajnosti su interpretirane na razini od 5%.

5

Očekivani znanstveni doprinos

Nema puno objavljenih istraživanja koja sustavno istražuju psihološke faktore u trudnoći. Rezultati tih istraživanja su dosta proturječni, a neka važna pitanja nisu obrađena. Očekuje se da će ovim istraživanjem biti potvrđeno, da trudnice koje u anamnezi imaju spontani pobačaj, imaju viši stupanj izraženosti simptoma anksioznosti i/ili depresije kroz trudnoću, o čemu postoje proturječni i oskudni podaci u znanstvenoj literaturi. Naročito je znanstveni doprinos ustanoviti rizičnu skupinu za razvoj psihičkih smetnji kod trudnica, koje ranije nisu bile psihijatrijski liječene. Na taj bi se način doprinijelo razjašnjenju uloge stresa prije trudnoće, a naročito stresa vezanog uz spontani pobačaj, u nastanku psihičkih smetnji u trudnoći.

Primjena rezultata istraživanja

Za očekivati je da će se rezultati ovog istraživanja moći primjeniti za povećanje učinkovitosti preventivnih programa, orijentiranih k trudnicama koje su pod rizikom razvoja psihičkih smetnji.

Rezultati ovog istraživanja biti će od koristi i pri osmišljavanju novih istraživanja, kojima bi cilj bio, prepoznavanje svih rizičnih faktora uz pravovremeno terapijsko djelovanje.

6

Rezultati

Tablica 1. Razlike u životnoj dobi, na početku ispitivanja, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test).

Pobačaj u anamnezi		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dob	Da	100	28,98	5,626	,563
	Ne	100	29,67	5,265	,526

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Dob	Equal variances assumed	,245	,621	-,895	198	,372	-,690	,771	-2,210	,830
	Equal variances not assumed			-,895	197,133	,372	-,690	,771	-2,210	,830

Na početku ispitivanja, nije ustanovljena statistički značajna razlika u životnoj dobi ($p=0.621$, df 198), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi (prosječna životna dob iznosi 28,98 godina) i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (prosječna životna dob iznosi 29,67 godina).

Tablica 2. Razlike u stručnoj spremi, zaposlenosti i bračnom statusu, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden neparametrijski hi-kvadrat test).

	Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	χ^2 test	p
Stručna sprema	N (%)		0,078	0.962
Osnovna škola	10 (10.0%)	11 (11.0%)		
Srednja škola	73 (73.0%)	73 (73.0%)		
Viša ili visoka stručna sprema škola	17 (17.0%)	16 (16.0%)		
Zaposlenost	N (%)		10,309	0.006
Zaposlena	50 (50.0%)	72 (72.0%)		
Nezaposlena	36 (36.0%)	19 (19.0%)		
Student	14 (14.0%)	9 (9.0%)		
Bračni status	N (%)		2,564	0.277
Udata ili živi s partnerom	74 (74.0%)	74 (74.0%)		
Živi sama	22 (22.0%)	17 (17.0%)		
Živi s primarnom obitelji	4 (4.0%)	9 (9.0%)		

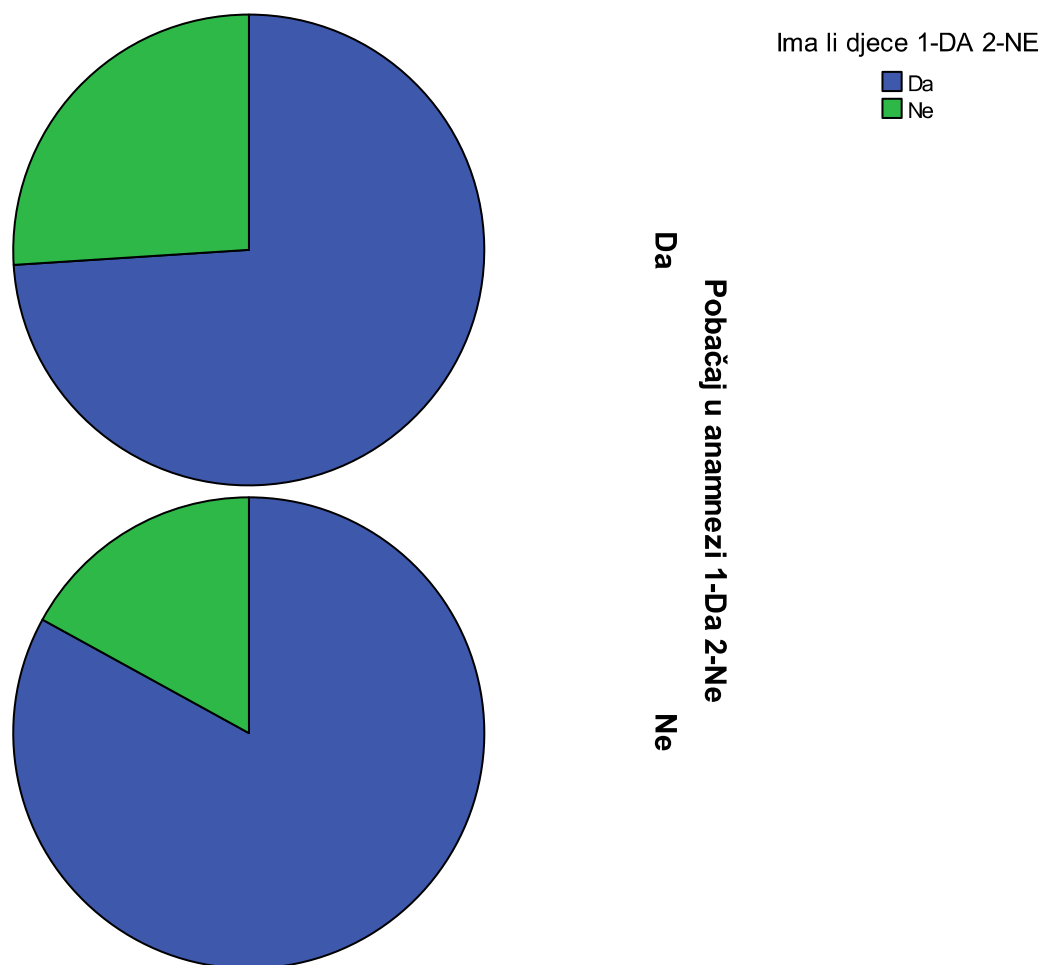
Po pitanju stručne spreme i bračnog statusa ne postoji značajna razlika između dvije promatrane skupine ($p > 0.05$). Glede posla postoji značajna razlika između skupina ($p = 0.006$), kod ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi viši je stupanj zaposlenosti u odnosu na ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi.

Tablica 3. Razlike u podacima vezano uz djecu, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden neparametrijski hi-kvadrat test).

	Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	χ^2 test	p
Ima li djece	N (%)		2,400	0.084
Da	74 (74.0%)	26 (26.0%)		
Ne	83 (83.0%)	17 (17.0%)		

Po pitanju imaju li djece, ne postoji značajna razlika između dvije promatrane skupine (p=0.084).

Slika 1. Prikaz u slici, razlika u podacima vezano uz djecu, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.



Vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi imaju djecu u manjem postotku u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi, ali bez statistički značajne razlike između skupina.

Tablica 4. Brojnost (i postotak) spontanih pobačaja u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi

Broj spontanih pobačaja	Broj ispitanica	Postotak (od ukupnog - u promatranoj skupini)
1	57	45,6%
2	27	21,6%
3	13	10,4%
4	3	2,4%
Ukupno	100	100%

Iz tablice je vidljivo da najveći udio ispitanica koje imaju prethodni spontani pobačaj u anamnezi, imaju jedan sponatni pobačaj.

Tablica 5. Statistika vezana uz broj mjeseci proteklih nakon zadnjeg spontanog pobačaja, u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi

Broj mjeseci proteklih nakon zadnjeg spontanog pobačaja - srednja vrijednost (u mjesecima)	24,97
Standardna devijacija	15,433
Percentila 25	8,50
Percentila 50	27,00
Percentila 75	36,50
Ukupni broj ispitanica	100

Statistika vezana uz broj mjeseci proteklih nakon zadnjeg spontanog pobačaja, pokazuje da je u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, prosječno prošlo nepunih 25 mjeseci od zadnjeg spontanog pobačaja.

Tablica 6. Broj mjeseci proteklih nakon zadnjeg spontanog pobačaja, za svaku od 100 ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi

1	6
2	7
3	34
4	28
5	44
6	37
7	11
8	7
9	15
10	28
11	28
12	43
13	11
14	44
15	24
16	13
17	15
18	50
19	42
20	7
21	44
22	35
23	7
24	44
25	8
26	6
27	50
28	41
29	7
30	44
31	5
32	26
33	32
34	60
35	54
36	7
37	30
38	32
39	29
40	7
41	7
42	29
43	40
44	41
45	8
46	36
47	36

48	40
49	6
50	44
51	50
52	19
53	6
54	26
55	38
56	28
57	7
58	32
59	7
60	30
61	9
62	32
63	44
64	14
65	36
66	29
67	15
68	28
69	7
70	34
71	4
72	3
73	12
74	40
75	36
76	3
77	19
78	10
79	36
80	27
81	44
82	14
83	40
84	16
85	32
86	15
87	36
88	7
89	9
90	12
91	12
92	24
93	27
94	24
95	60

96	48
97	7
98	6
99	26
100	8

Tablica 7. Razlike u prethodnim neuspješnim pokušajima medicinski potpomognute oplodnje (IVF), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden Hi kvadrat test)

	Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	χ^2 test	p
	N (%)		5,207	0.022
U anamnezi postoji prethodni neuspješni pokušaj medicinski potpomognute oplodnje	13 (13.0%)	4 (4.0%)		
Bez neuspješnog prethodnog pokušaja medicinski potpomognute oplodnje u anamnezi	87 (87.0%)	96 (96.0%)		

Po pitanju razlika u prethodnim neuspješnim pokušajima medicinski potpomognute oplodnje (IVF), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi, postoji statistički značajna razlika (p=0.022).

Tablica 8. Razlike u obiteljskoj anamnezi za anksiozne poremećaje i depresiju, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden Hi kvadrat test)

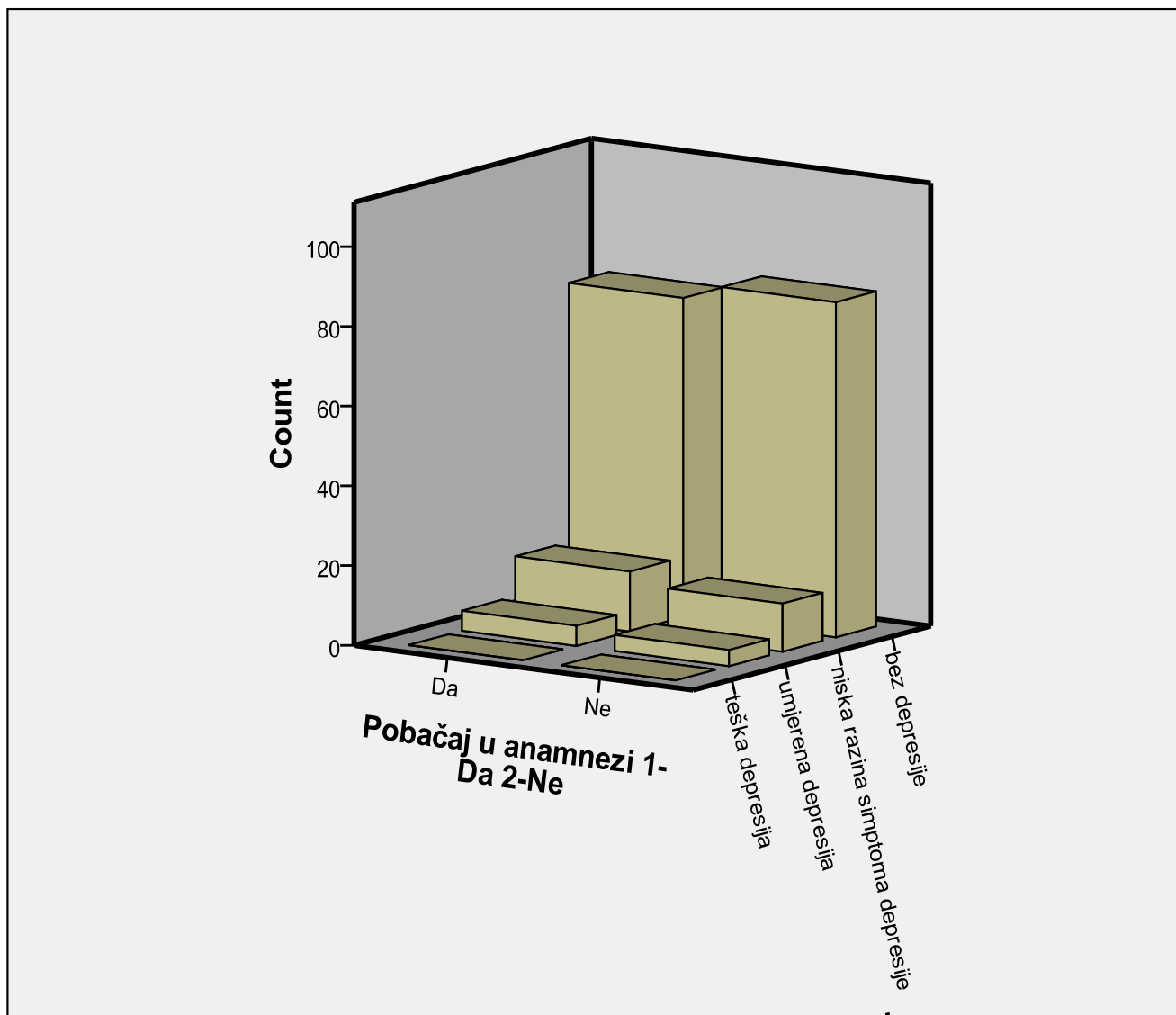
	Pozitivna anamneza	Negativna anamneza	χ^2 test	p
	N (%)		0,355	0.384
Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	7 (7.0%)	93 (93.0%)		
Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	5 (5.0%)	95 (95.0%)		

Po pitanju razlika u obiteljskoj anamnezi za anksiozne poremećaje i depresiju, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi, ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.384$).

Tablica 9. Deskriptivne razlike (brojnost i postotak) u gradaciji težine depresije, kroz tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

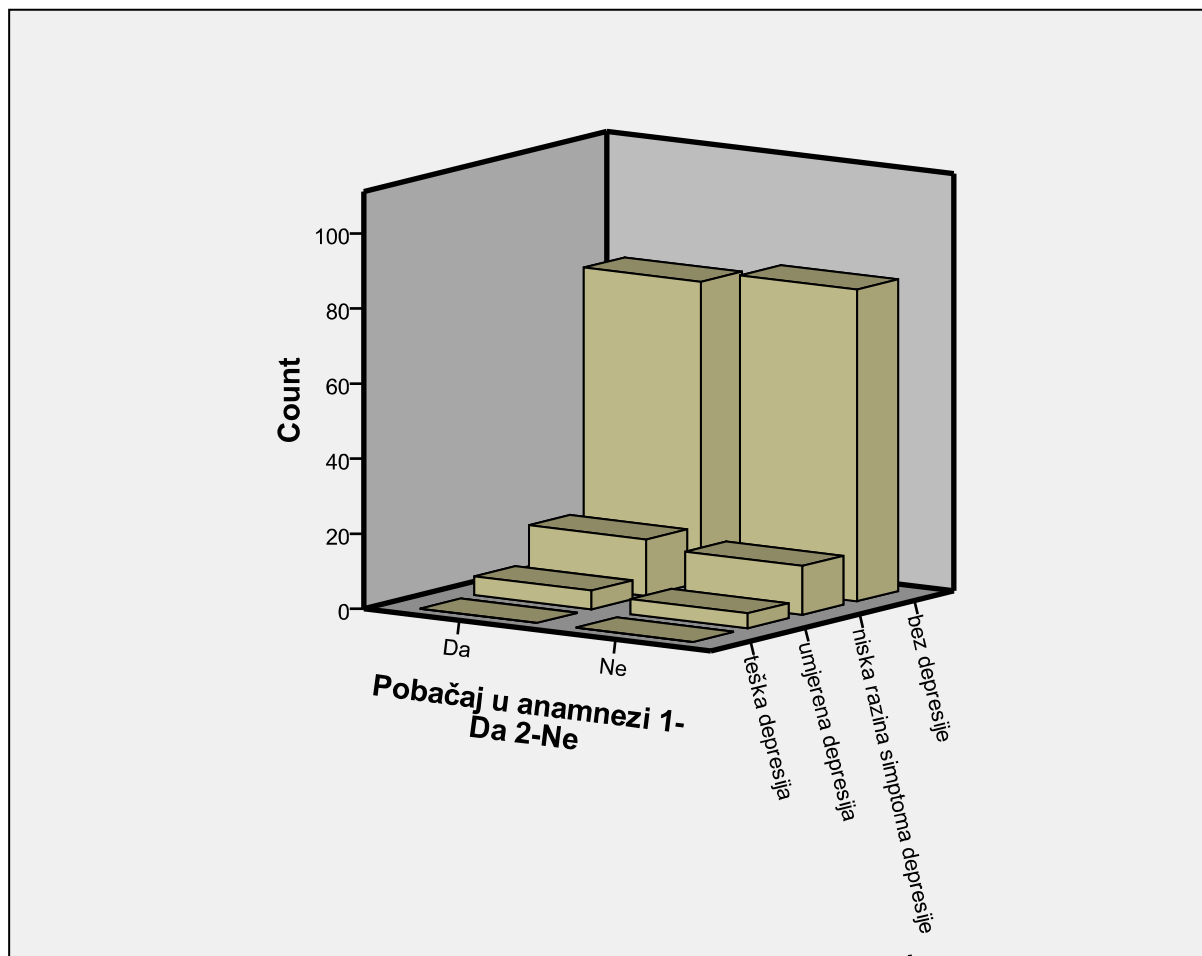
Trimestar trudnoće	Bez depresije	Niska razina simptoma depresije	Umjerena razina simptoma depresije	Visoka razina simptoma depresije
Prvi trimestar trudnoće				
--ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	80 (80.0%)	15 (15.0%)	5 (5.0%)	0 (0%)
--ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	84 (84.0%)	12 (12.0%)	4 (4.0%)	0 (0%)
--ukupni uzorak ispitanica	164 (82.0%)	27 (13.5%)	9 (4.5%)	0 (0%)
Drugi trimestar trudnoće				
--ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	80 (80.0%)	15 (15.0%)	5 (5.0%)	0 (0%)
--ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	83 (83.0%)	13 (13.0%)	4 (4.0%)	0 (0%)
--ukupni uzorak ispitanica	163 (81.5%)	28 (14.0%)	9 (4.5%)	0 (0%)
Treći trimestar trudnoće				
--ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	79 (79.0%)	19 (19.0%)	2 (2.0%)	0 (0%)
--ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	76 (76.0%)	16 (16.0%)	8 (8.0%)	0 (0%)
--ukupni uzorak ispitanica	151 (75.5%)	33 (16.5%)	16 (8.0%)	0 (0%)

Slika 2. Razlike u gradaciji težine depresije, u 1. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.



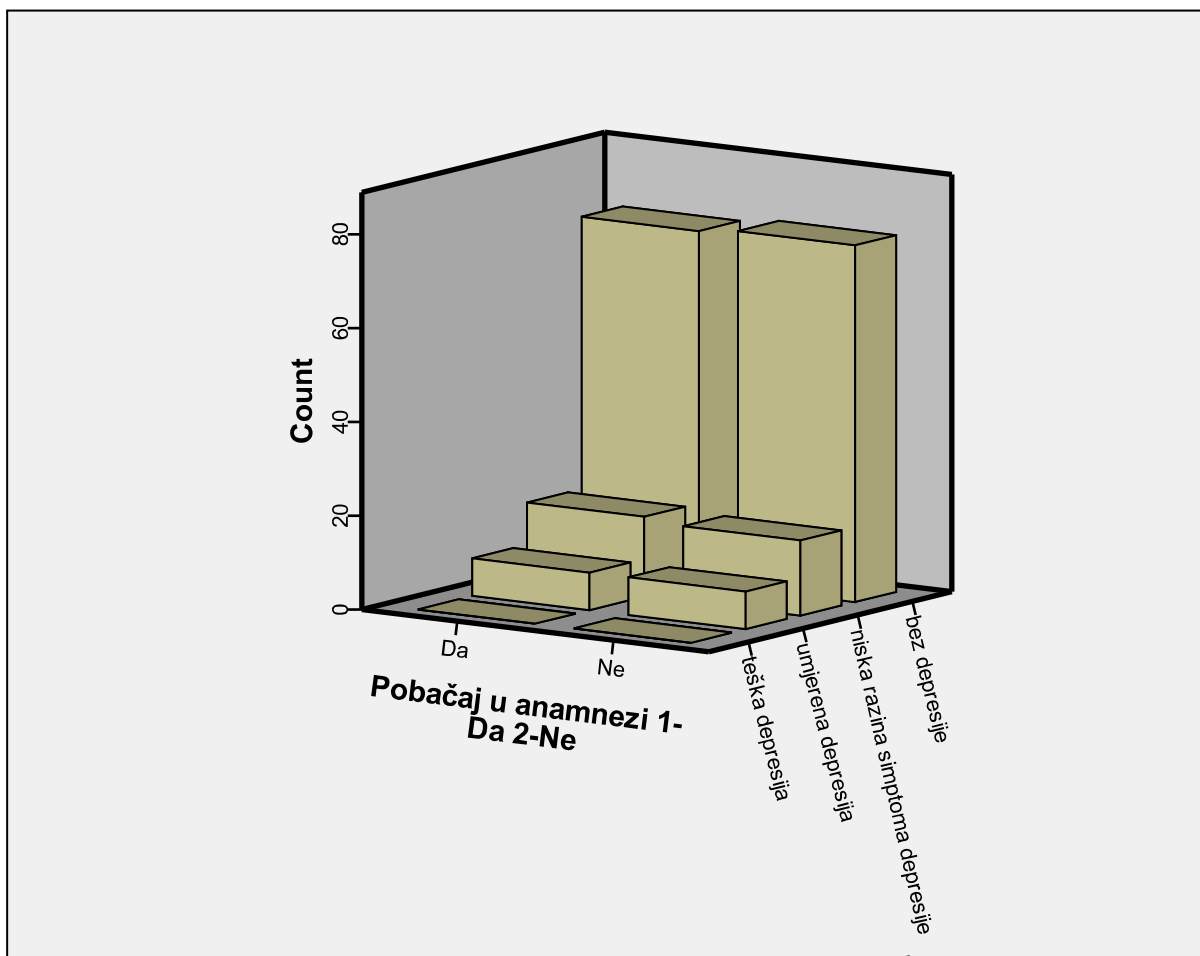
Na slici je vidljivo kako nema većih razlika u gradaciji težine depresije, u 1. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 3. Razlike u gradaciji težine depresije, u 2. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.



Na slici je vidljivo kako nema većih razlika u gradaciji težine depresije, u 2. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 4. Razlike u gradaciji težine depresije, u 3. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

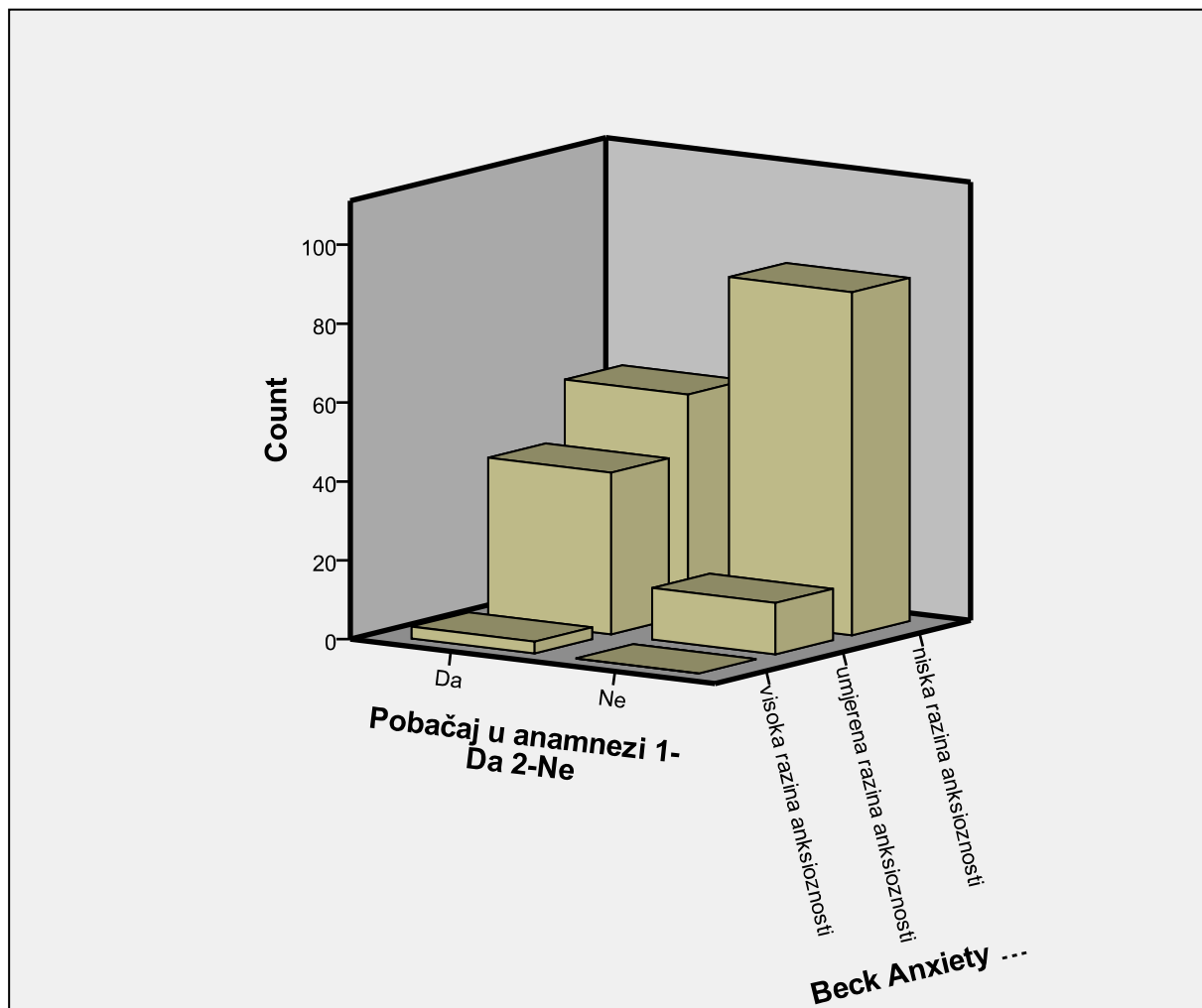


Na slici je vidljivo kako nema većih razlika u gradaciji težine depresije, u 3. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Tablica 10. Deskriptivne razlike u **u gradaciji težine anksioznosti**, kroz tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

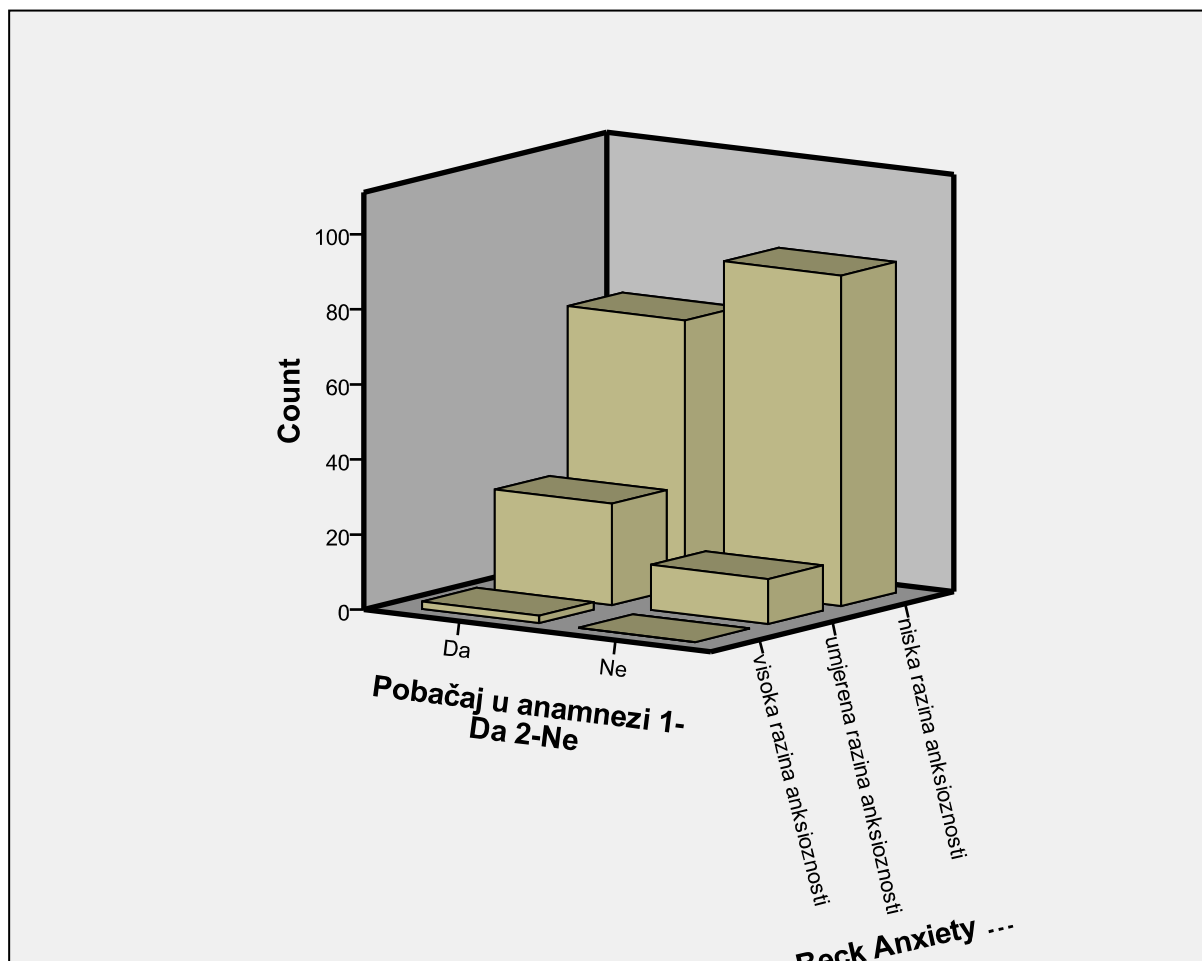
Trimestar trudnoće	Niska razina simptoma anksioznosti	Umjerena razina simptoma anksioznosti	Visoka razina simptoma anksioznosti
Prvi trimestar trudnoće - sve ispitanice			
--ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	56 (56.0%)	41 (41.0%)	3 (3.0%)
--ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	87 (87.0%)	13 (13.0%)	0 (0.0%)
--ukupni uzorak ispitanica	143 (71.5%)	54 (27.0%)	3 (1.5%)
Drugi trimestar trudnoće- sve ispitanice			
--ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	71 (71.0%)	27 (27.0%)	2 (2.0%)
--ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	88 (88.0%)	12 (12.0%)	0 (0.0%)
--ukupni uzorak ispitanica	159 (79.5%)	39 (19.5%)	2 (1.0%)
Treći trimestar trudnoće-sve ispitanice			
--ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	79 (79.0%)	19 (19.0%)	2 (2.0%)
--ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	82 (82.0%)	18 (18.0%)	0 (0.0%)
--ukupni uzorak ispitanica	161 (80.5%)	37 (18.5%)	2 (1.0%)

Slika 5. Razlike u gradaciji težine anksioznosti, u 1. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontan pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.



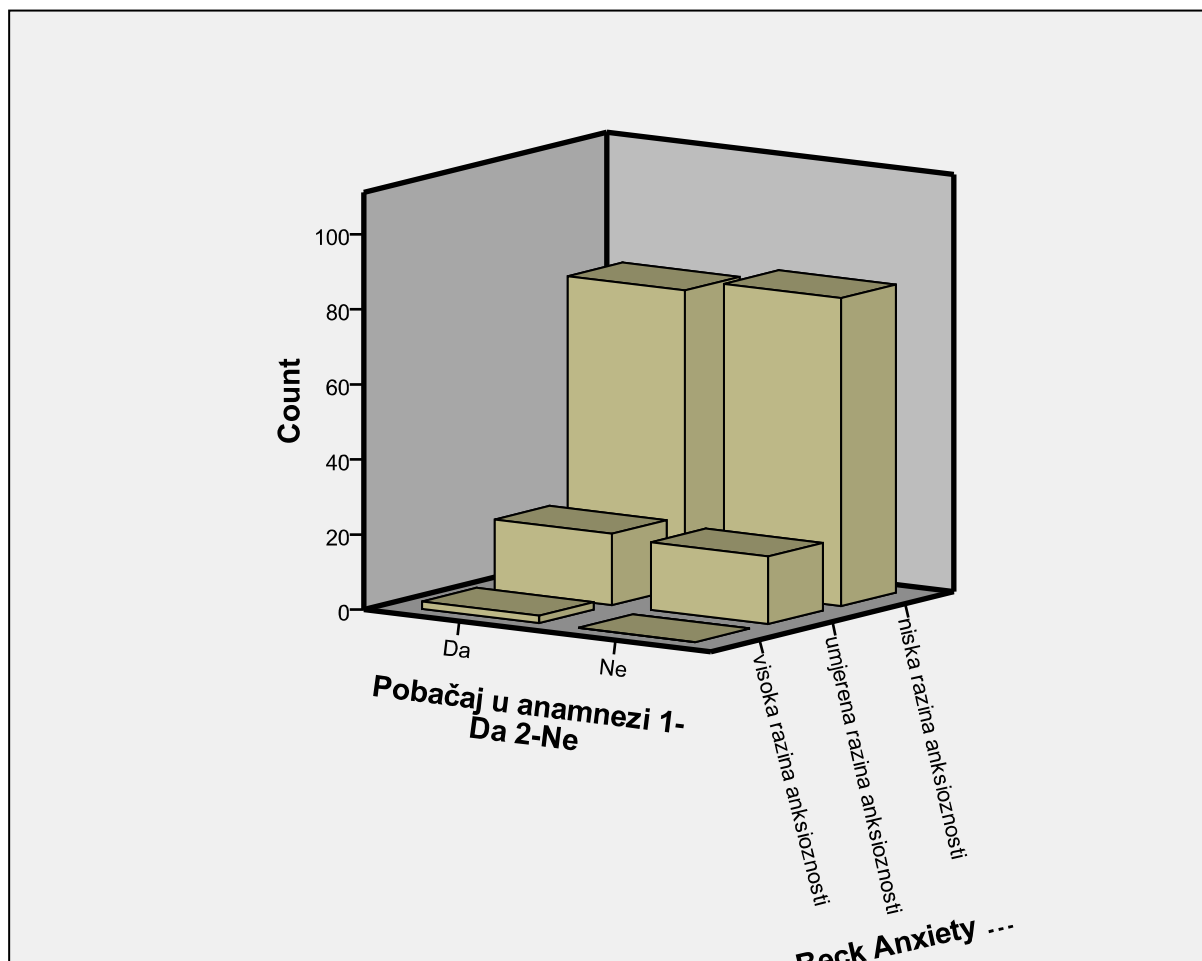
Na slici su vidljive jasne razlike u gradaciji težine anksioznosti, u 1. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontan pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 6. Razlike u gradaciji težine anksioznosti, u 2. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.



Na slici su vidljive jasne razlike u gradaciji težine anksioznosti, u 2. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 7. Razlike u gradaciji težine anksioznosti, u 3. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.



Na slici su vidljive jasne razlike u gradaciji težine anksioznosti, u 3. trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Tablica 11. Razlike u razini simptoma depresije (mjerene putem Beckove skale za depresiju), kroz tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (primjenjen test ANOVA).

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Beck Depression Inventory - 1. trimestar	Da	100	6,84	5,877	,588	5,67	8,01	1	27
	Ne	100	7,39	5,181	,518	6,36	8,42	3	26
	Total	200	7,12	5,533	,391	6,34	7,89	1	27
Beck Depression Inventory - 2. trimestar	Da	100	6,96	5,988	,599	5,77	8,15	2	28
	Ne	100	7,18	5,467	,547	6,10	8,26	3	27
	Total	200	7,07	5,720	,404	6,27	7,87	2	28
Beck Depression Inventory -3. trimestar	Da	100	6,96	6,513	,651	5,67	8,25	2	29
	Ne	100	7,40	6,133	,613	6,18	8,62	1	29
	Total	200	7,18	6,314	,446	6,30	8,06	1	29

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Beck Depression Inventory - 1. trimestar	Between Groups	15,125	1	15,125	,493	,484
	Within Groups	6077,230	198	30,693		
	Total	6092,355	199			
Beck Depression Inventory - 2. trimestar	Between Groups	2,420	1	2,420	,074	,786
	Within Groups	6508,600	198	32,872		
	Total	6511,020	199			
Beck Depression Inventory - 3. trimestar	Between Groups	9,680	1	9,680	,242	,623
	Within Groups	7923,840	198	40,019		
	Total	7933,520	199			

Nije pronađena značajna razlika u razini simptoma na Beckovoj skali za depresiju - u sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test).

Tablica 12. Razlike u razini simptoma anksioznosti (mjerene putem Beckove skale za anksioznost), kroz tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (primjenjen test ANOVA).

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Beck Anxiety Inventory - 1. trimestar	Da	100	20,46	9,469	,947	18,58	22,34	5	39
	Ne	100	11,93	6,936	,694	10,55	13,31	2	32
	Total	200	16,20	9,318	,659	14,90	17,49	2	39
Beck Anxiety Inventory - 2. trimestar	Da	100	18,29	9,544	,954	16,40	20,18	2	39
	Ne	100	10,51	6,530	,653	9,21	11,81	2	28
	Total	200	14,40	9,041	,639	13,14	15,66	2	39
Beck Anxiety Inventory -3. trimestar	Da	100	17,21	9,853	,985	15,26	19,16	5	41
	Ne	100	9,34	6,799	,680	7,99	10,69	3	27
	Total	200	13,28	9,320	,659	11,98	14,57	3	41

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Beck Anxiety Inventory - 1. trimestar	Between Groups	3638,045	1	3638,045	52,813	,000
	Within Groups	13639,350	198	68,886		
	Total	17277,395	199			
Beck Anxiety Inventory - 2. trimestar	Between Groups	3026,420	1	3026,420	45,261	,000
	Within Groups	13239,580	198	66,867		
	Total	16266,000	199			
Beck Anxiety Inventory -3. trimestar	Between Groups	3096,845	1	3096,845	43,221	,000
	Within Groups	14187,030	198	71,652		
	Total	17283,875	199			

Potvrđena je značajna razlika u razini simptoma na Beckovoj skali za anksioznost - u sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test).

Tablica 13. Razlike u ukupnom rezultatu na Beckovoj skali za anksioznost - u prvom, drugom i trećem trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test).

Group Statistics

	Pobačaj u anamnezi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	1-Da 2-Ne				
Beck Anxiety Inventory - 1. trimestar	Da	100	20,46	9,469	,947
	Ne	100	11,93	6,936	,694
Beck Anxiety Inventory - 2. trimestar	Da	100	18,29	9,544	,954
	Ne	100	10,51	6,530	,653
Beck Anxiety Inventory -3. trimestar	Da	100	17,21	9,853	,985
	Ne	100	9,34	6,799	,680

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Beck Anxiety Inventory - 1. trimestar	Equal variances assumed	43,855	,000	7,267	198	,000	8,530	1,174	6,215	10,845
	Equal variances not assumed			7,267	181,486	,000	8,530	1,174	6,214	10,846

Beck Anxiety Inventory - 2. trimestar	Equal variances assumed	34,497	,000	6,728	198	,000	7,780	1,156	5,499	10,061
	Equal variances not assumed			6,728	175,018	,000	7,780	1,156	5,498	10,062
Beck Anxiety Inventory - 3. trimestar	Equal variances assumed	20,781	,000	6,574	198	,000	7,870	1,197	5,509	10,231
	Equal variances not assumed			6,574	175,857	,000	7,870	1,197	5,507	10,233

Ustanovljena je značajna razlika u ukupnom rezultatu na Beckovoj skali za anksioznost - u sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test). Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, u prvom trimestru trudnoće imaju statistički značajno viši rezultat u odnosu na ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi ($p=0.00$, df 198), također statistički značajna razlika postoji u u drugom ($p=0.00$, df 198) te trećem trimestru trudnoće ($p=0.00$, df 198), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Tablica 14. Razlike u ukupnom rezultatu na Beckovoj skali za depresiju - u prvom, drugom i trećem trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test).

Group Statistics

	Pobačaj u anamnezi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	1-Da 2-Ne				
Beck Depression Inventory - 1. trimestar	Da	100	6,84	5,877	,588
	Ne	100	7,39	5,181	,518
Beck Depression Inventory - 2. trimestar	Da	100	6,96	5,988	,599
	Ne	100	7,18	5,467	,547
Beck Depression Inventory - 3. trimestar	Da	100	6,96	6,513	,651
	Ne	100	7,40	6,133	,613

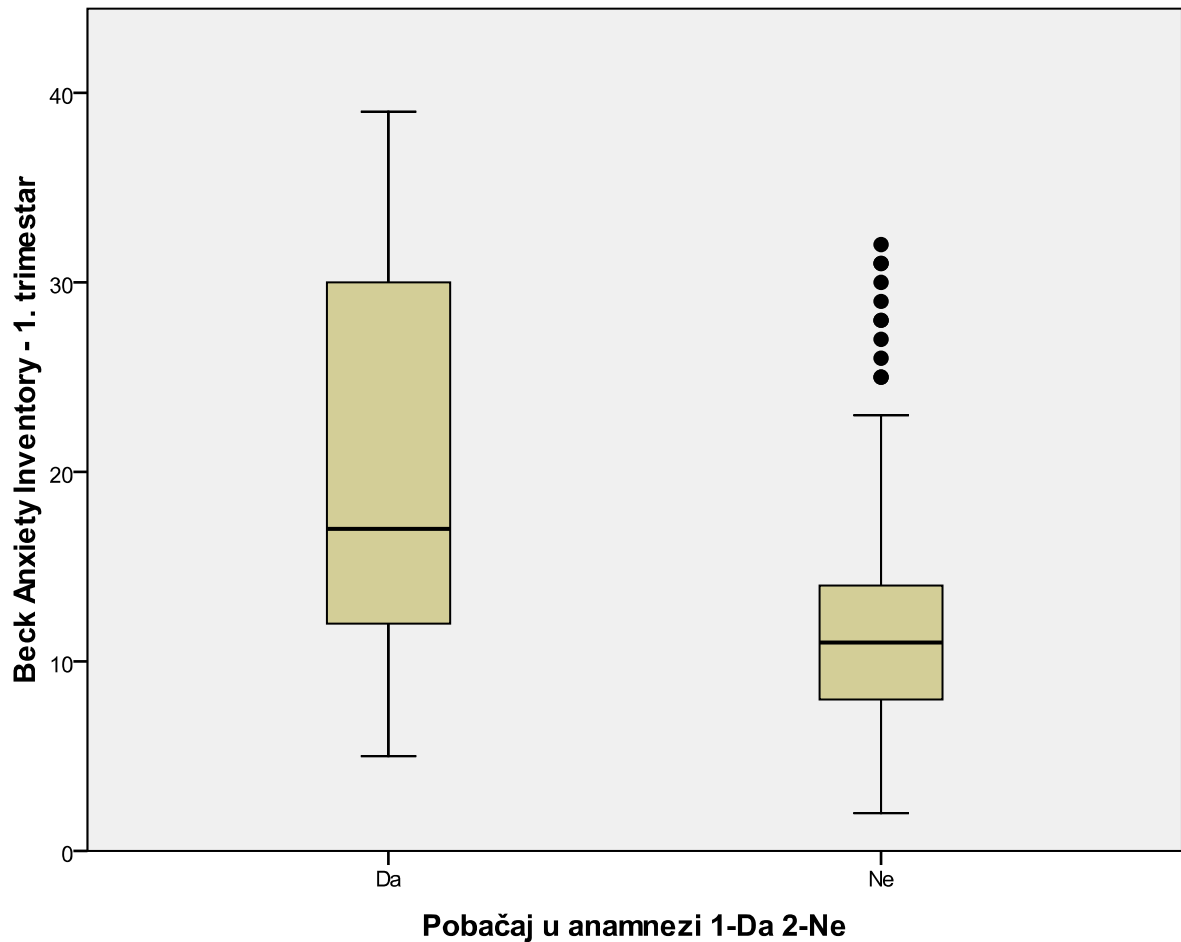
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Beck Depression Inventory - 1. trimestar	Equal variances assumed	1,456	,229	-,702	198	,484	-,550	,783	-2,095	,995
	Equal variances not assumed			-,702	194,938	,484	-,550	,783	-2,095	,995
Beck Depression Inventory - 2. trimestar	Equal variances assumed	,712	,400	-,271	198	,786	-,220	,811	-1,819	1,379
	Equal variances not assumed			-,271	196,380	,786	-,220	,811	-1,819	1,379

Beck	Equal	,390	,533	-,492	198	,623	-,440	,895	-2,204	1,324
Depression	variances									
Inventory -3.	assumed									
trimestar	Equal			-,492	197,289	,623	-,440	,895	-2,204	1,324
	variances not									
	assumed									

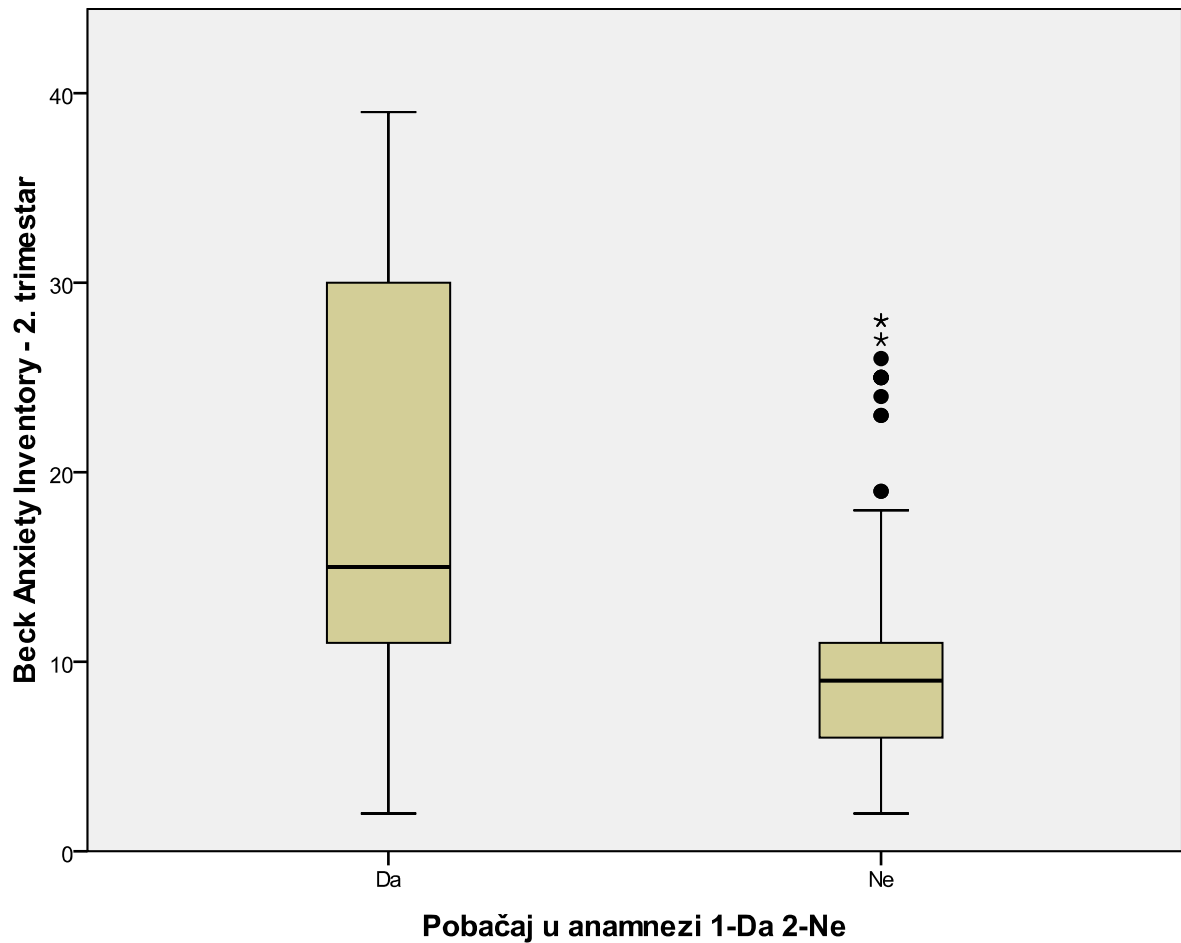
Za razliku od anksioznosti, nije ustanovljena razlika u ukupnom rezultatu na Beckovoj skali za depresiju - u sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden T-test). Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, u prvom trimestru trudnoće nisu imale statistički značajne razliku na Beckovoj skali za depresiju u odnosu na ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi ($p=0.229$, df 198). Također statistički značajna razlika nije pronađena niti u drugom ($p=0.4$, df 198) kao niti trećem trimestru trudnoće ($p=0.533$, df 198), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 8. Usporedba srednjih vrijednosti ($N \pm S.D.$) na Beckovoj skali za anksioznost - u prvom trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



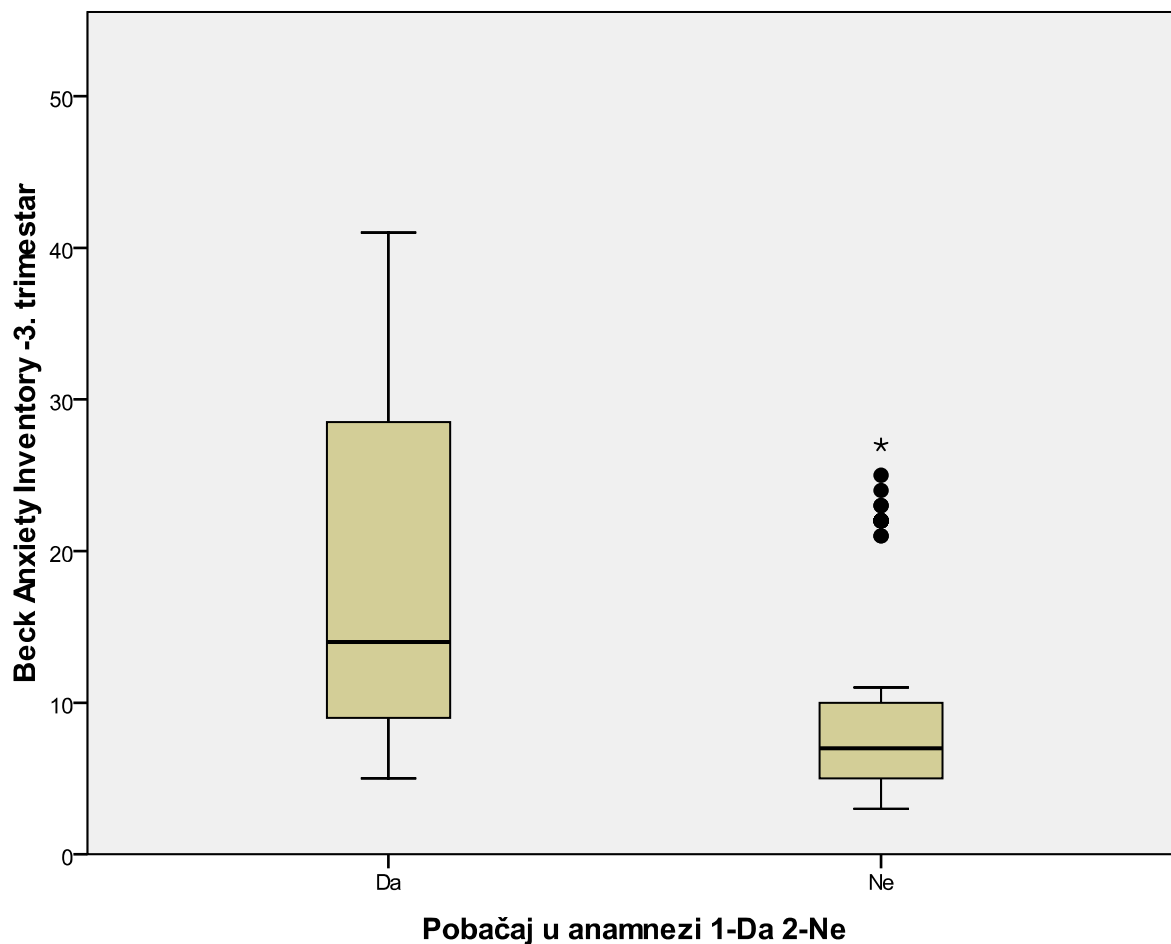
Na slici je vidljiva značajno viša srednja vrijednost na Beckovoj skali za anksioznost - u prvom trimestru trudnoće, kod ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 9. Usporedba srednjih vrijednosti ($N \pm S.D.$) na Beckovoj skali za anksioznost - u drugom trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



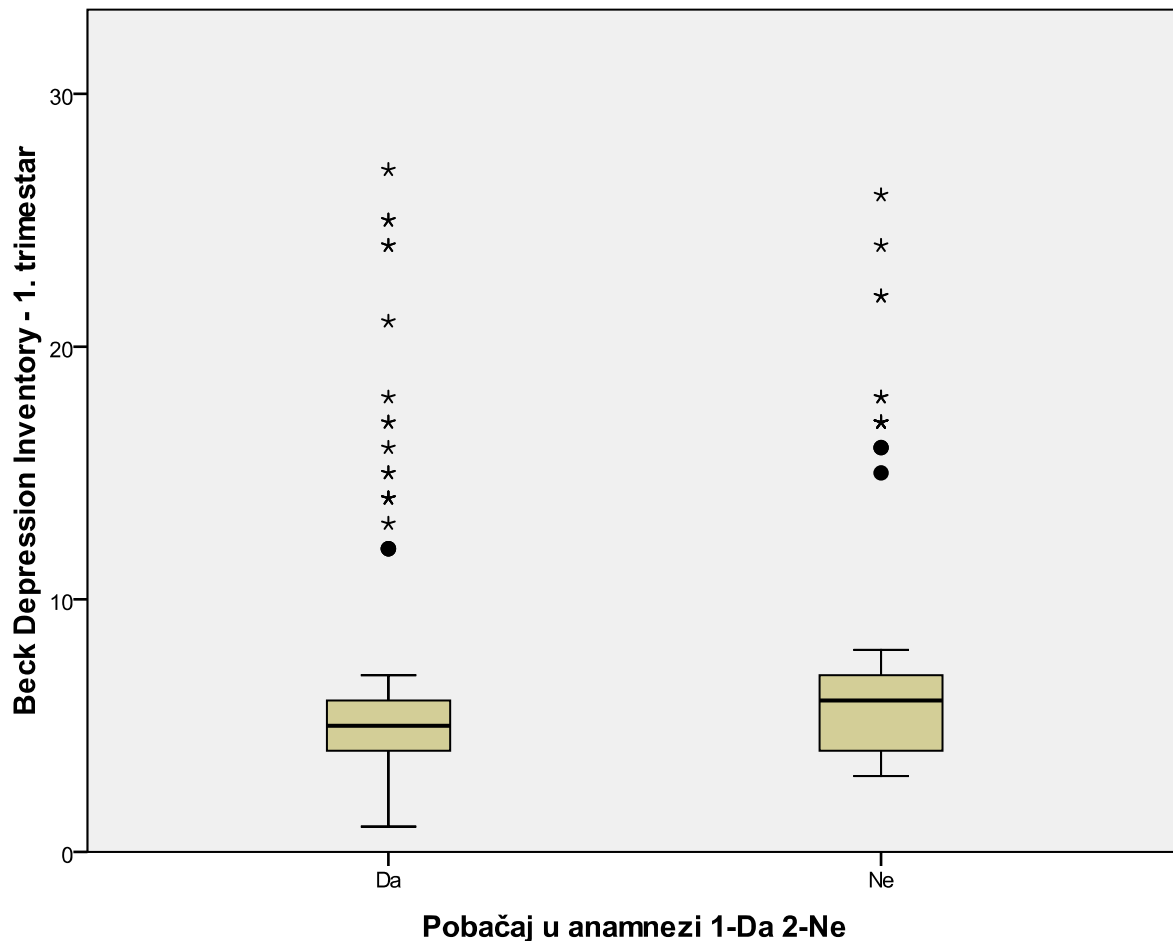
Na slici je vidljiva značajno viša srednja vrijednost na Beckovoj skali za anksioznost - u drugom trimestru trudnoće, kod ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 10. Usporedba srednjih vrijednosti ($N \pm S.D.$) na Beckovoj skali za anksioznost - u trećem trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



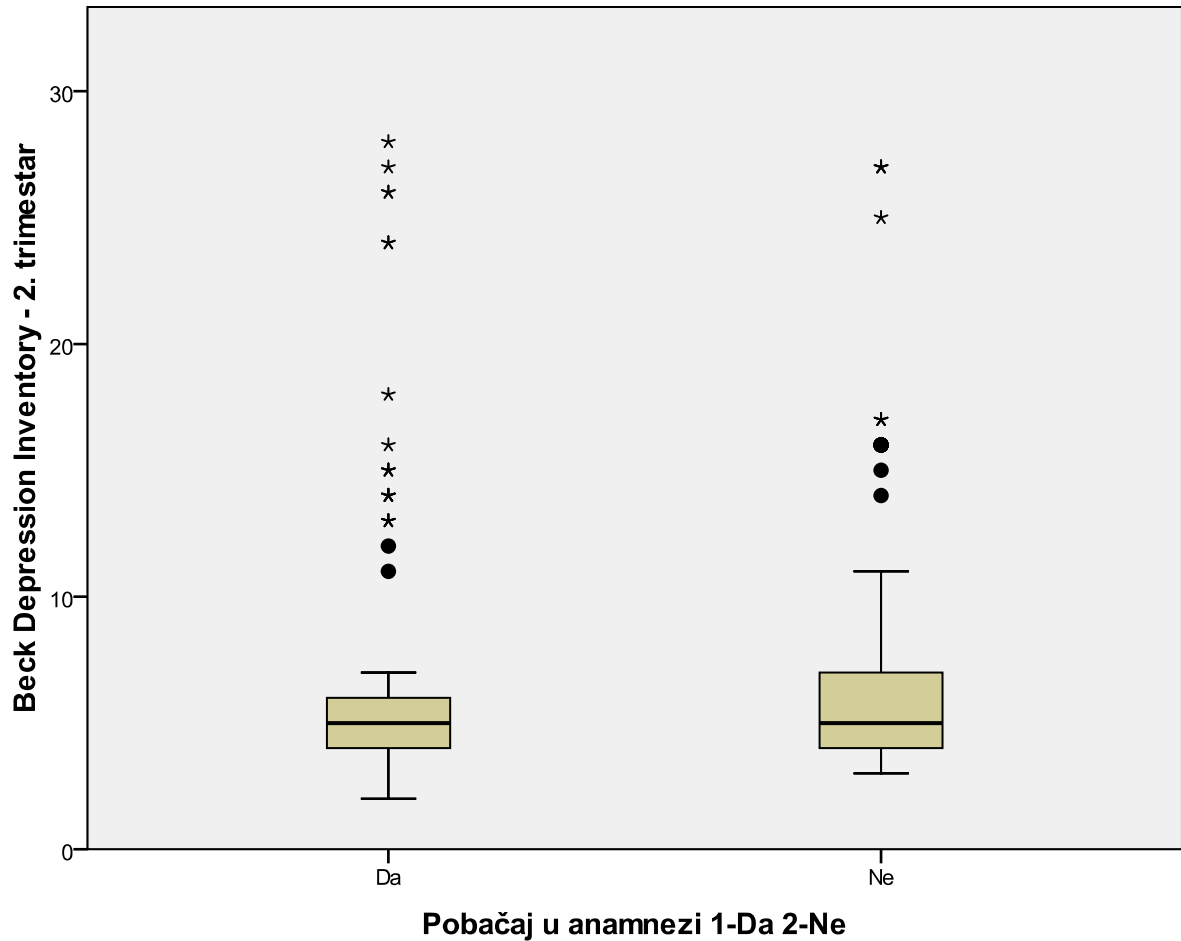
Na slici je vidljiva značajno viša srednja vrijednost na Beckovoj skali za anksioznost - u trećem trimestru trudnoće, kod ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 11. Usporedba srednjih vrijednosti ($N \pm S.D.$) na Beckovoj skali za depresiju - u prvom trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



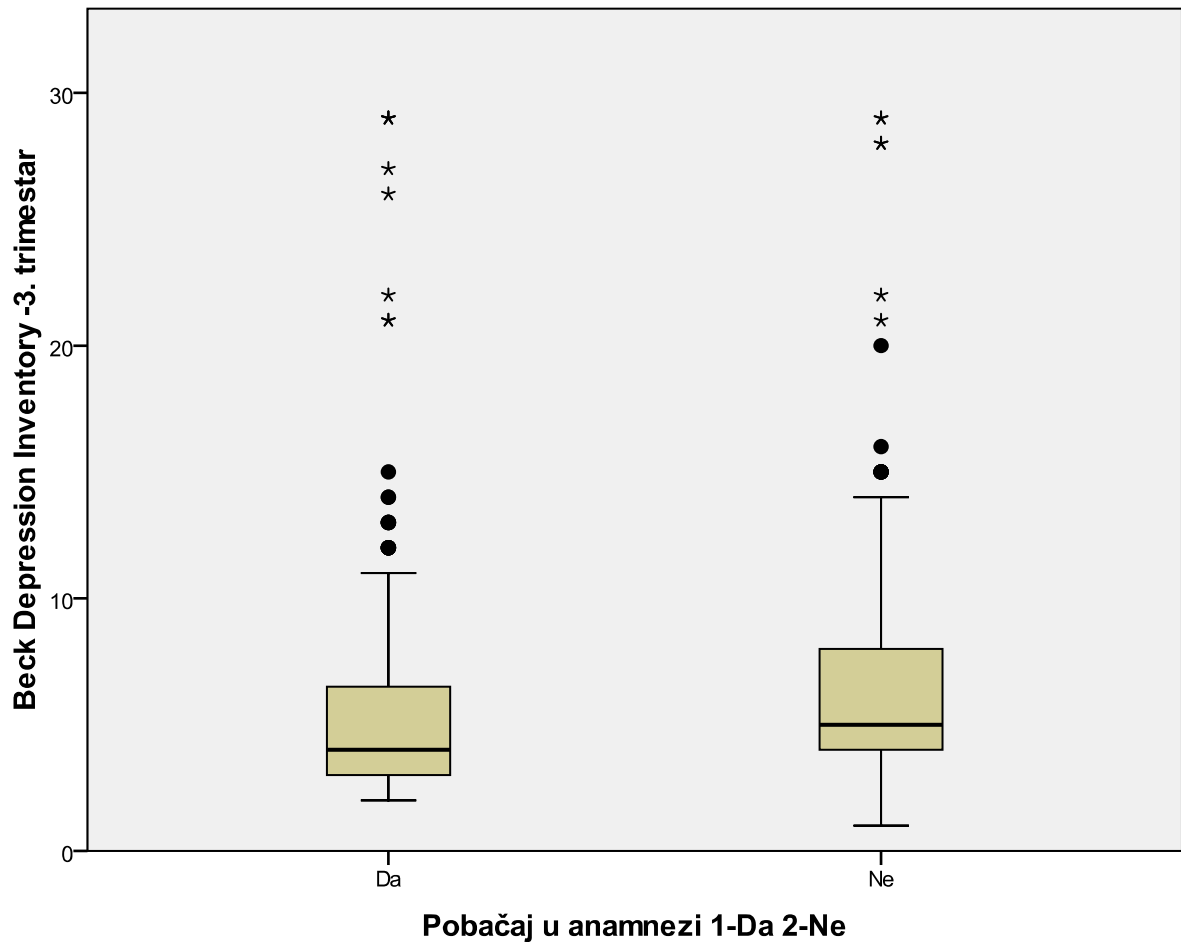
Na slici je vidljivo kako nema značajne razlike u srednjim vrijednostima na Beckovoj skali za depresiju - u prvom trimestru trudnoće, kod ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 12. Usporedba srednjih vrijednosti ($N \pm S.D.$) na Beckovoj skali za depresiju - u drugom trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



Na slici je vidljivo kako nema značajne razlike u srednjim vrijednostima na Beckovoj skali za depresiju - u drugom trimestru trudnoće, kod ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Slika 13. Usporedba srednjih vrijednosti ($N \pm S.D.$) na Beckovoj skali za depresiju - u trećem trimestru trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



Na slici je vidljivo kako nema značajne razlike u srednjim vrijednostima na Beckovoj skali za depresiju - u trećem trimestru trudnoće, kod ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Tablica 15. Kvalitativne razlike u razini procjene prethodnih životnih stresora (The Holmes-Rahe Life Stress Inventory)

Rezultat na skali	Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi
0-149	49	78
150-249	30	11
250-299	21	11

Objašnjenje rezultata na skali **The Holmes-Rahe Life Stress Inventory**

- 0-149 - niska razina životnih stresora
- 150-249 - umjerena razina životnih stresora
- 250-299 - visoka razina životnih stresora

Vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno nižu učestalost niske razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi. Isto tako vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno višu učestalost umjerene kao i visoke razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Tablica 16. Kvantitativne razlike u razini procjene prethodnih životnih stresora (The Holmes-Rahe Life Stress Inventory) (proveden Hi kvadrat test)

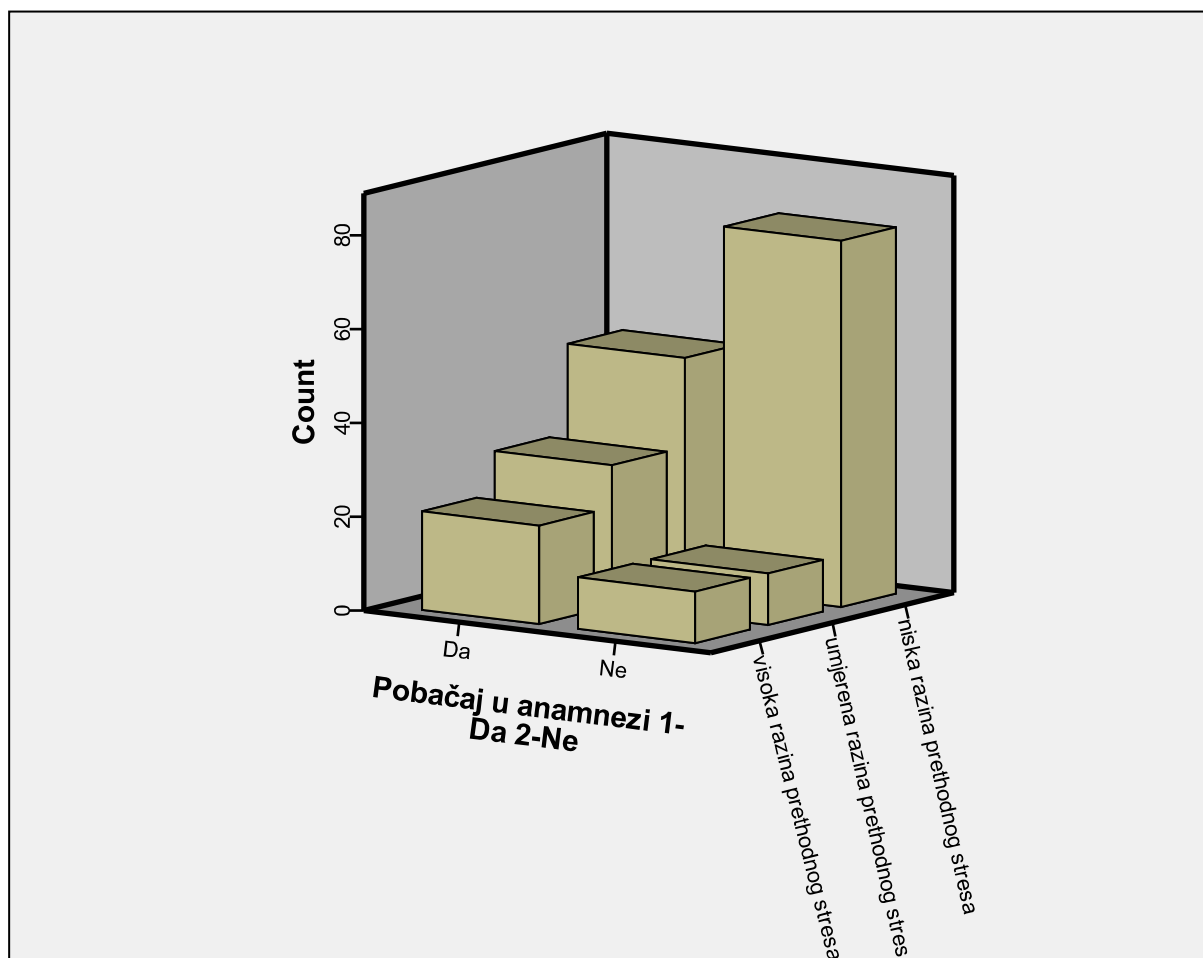
	Niska razina prethodnog stresa	Umjerena razina prethodnog stresa	Visoka razina prethodnog stresa
	Broj (postotak)	Broj (postotak)	Broj (postotak)
Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	49 (39.2%)	30 (24.0%)	21 (16.8%)
Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	78 (62.4%)	11 (8.8%)	11 (8.8%)
Ukupni uzorak	127 (63.5%)	41 (20.5%)	32 (16.0%)

Test Statistics

	Pobačaj u anamnezi 1-Da 2- Ne	Holmes-Rahe life stress inventory-gradacija težine
Chi-Square	,000 ^a	82,510 ^b
df	1	2
Asymp. Sig.	1,000	,000

Razlike u razini prethodnog stresa (Holmes-Rahe life stress inventory) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi pokazuju da je niska razina prethodnog stresa značajno češća u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Istovremeno, umjerena i visoka razina prethodnog stresa značajno je češća u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi.

Slika 14. Prikaz putem slike razlika u razini prethodnog stresa (Holmes-Rahe life stress inventory) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



Na slici su jasno vidljive razlike u razini prethodnog stresa (Holmes-Rahe life stress inventory) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Niska razina prethodnog stresa značajno je češća u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi, a umjerena i visoka razina prethodnog stresa, značajno je češća u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi.

Tablica 17. Kvalitativne razlike u načinu suočavanja sa stresorima (**Coping Inventory for Stressful Situations**) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi

Način suočavanja	Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi
Kognitivni	62	81
Emocionalni	21	11
Izbjegavajuće ponašanje	17	8

Vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno nižu učestalost kognitivnog (cilju orijentiranog) načina suočavanja sa stresogenim situacijama, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Isto tako vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno višu učestalost emocionalnog kao i izbjegavajućeg načina suočavanja sa stresogenim situacijama, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Tablica 18. Kvantitativne razlike u načinu suočavanja sa stresorima (**Coping Inventory for Stressful Situations**) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (proveden Hi kvadrat test)

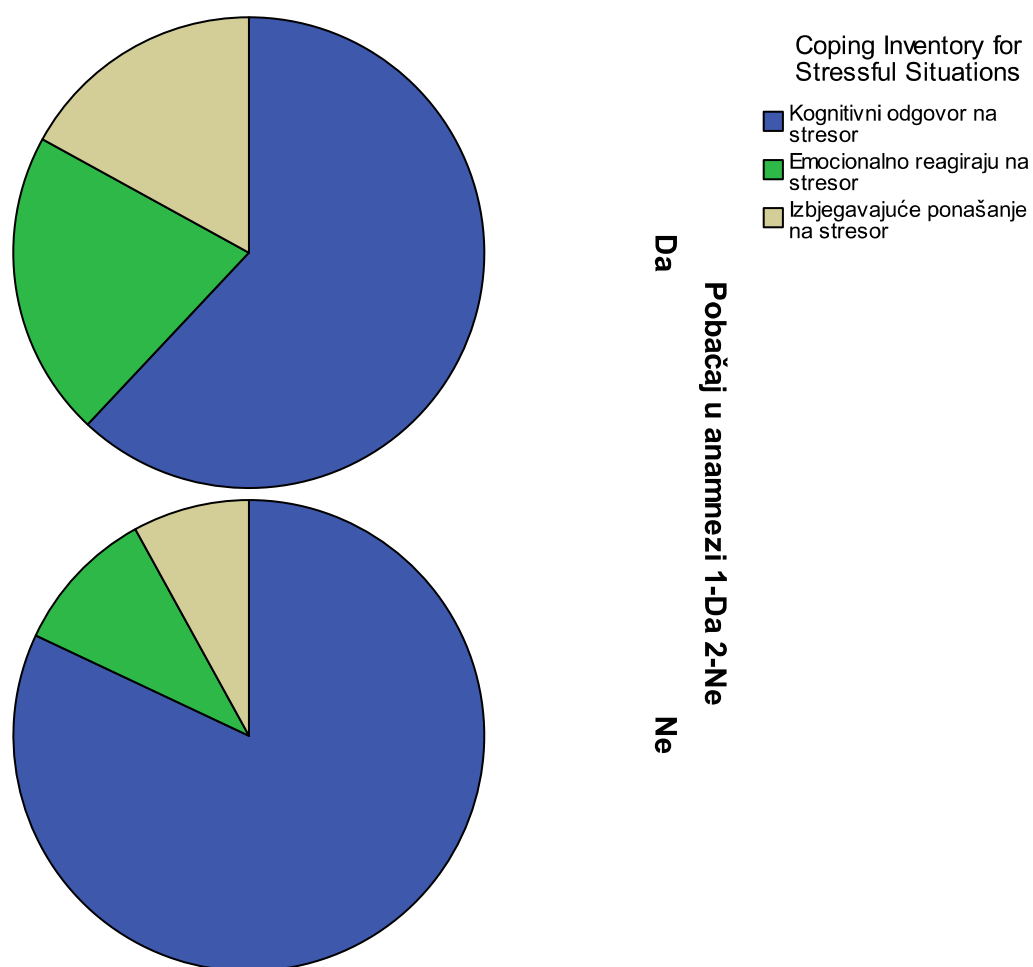
	Kognitivni odgovor	Emocionalni odgovor	Izbjegavajuće ponašanje
	Broj (postotak)	Broj (postotak)	Broj (postotak)
Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi	62 (49.6%)	21 (16.8%)	17 (13.6%)
Ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi	82 (65.6%)	10 (8.0%)	8 (6.4%)
Ukupni uzorak	144 (72.0%)	31 (15.5%)	25 (12.5%)

Test Statistics

	Pobačaj u anamnezi 1-Da 2-Ne	Coping Inventory for Stressful Situations
Chi-Square	,000 ^a	134,830 ^b
df	1	2
Asymp. Sig.	1,000	,000

Razlike u načinu suočavanja sa stresorima (Coping Inventory for Stressful Situations) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi pokazuju da je kognitivni odgovor na stresor značajno češći u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Paralelno, emocionalni odgovor na stresor te izbjegavajuće ponašanje značajno su češći u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi.

Slika 15. Prikaz putem slike vezano uz razlike u načinu suočavanja sa stresorima (**Coping Inventory for Stressful Situations**) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi



Na slici je vidljivo da je kognitivni odgovor na stresor značajno češći u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi, dok su emocionalni odgovor na stresor te izbjegavajuće ponašanje značajno češći u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi.

Regresijska analiza

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a						
age	,024	,026	,828	1	,363	1,024
educatio	-,087	,275	,100	1	,752	,917
Constant	-,521	,944	,304	1	,581	,594

Provedena je binarna logistička regresija u kojoj je povijest pobačaja u anamnezi kriterijska varijabla. U prvom bloku unesene su varijable dobi i stupnja edukacije koje su se pokazale neznačajno povezane s anamnezom prethodnih pobačaja.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 2 ^a						
age	,035	,027	1,611	1	,204	1,035
educatio	,091	,287	,100	1	,752	1,095
ciss	-,675	,227	8,822	1	,003	,509
Constant	-,260	,964	,073	1	,787	,771

U drugom bloku unesena je varijabla stilova nošenja sa stresom, koja uz kontroliranje utjecaja dobi i stupnja edukacije, statistički značajno predviđa anamnezu prethodnih pobačaja. Točnije rečeno, veća je vjerojatnost pobačaja u anamnezi kod ispitanica koje koriste izbjegavajući stil nošenja sa stresom (za razliku od kognitivnog stila).

7.

Rasprava

Po pitanju socio-demografskih parametara, na početku ispitivanja, nije ustanovljena statistički značajna razlika u životnoj dobi ($p=0.621$, df 198), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi (prosječna životna dob iznosi 28,98 godina) i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi (prosječna životna dob iznosi 29,67 godina). Po pitanju stručne spreme i bračnog statusa ne postoji značajna razlika između dvije promatrane skupine ($p>0.05$). Po pitanju imaju li djece, ne postoji značajna razlika između dvije promatrane skupine ($p=0.084$). Vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi imaju djecu u manjem postotku u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi, ali bez statistički značajne razlike između skupina. Sve navedeno ukazuje da su skupine ujednačene po bitnim socio-demografskim parametrima. Glede posla postoji značajna razlika između skupina ($p=0.006$), kod ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi viši je stupanj zaposlenosti u odnosu na ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i navedeni nalaz ne bi mogli smatrati značajnim u smislu rizičnih faktora. Statistika vezana uz broj mjeseci proteklih nakon zadnjeg spontanog pobačaja, pokazuje da je u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, prosječno prošlo nepunih 25 mjeseci od zadnjeg spontanog pobačaja. Po pitanju razlika u prethodnim neuspješnim pokušajima medicinski potpomognute oplodnje (IVF), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi, postoji statistički značajna razlika ($p=0.022$). Ovaj nalaz mogao bi se objasniti time da se raniji neuspješni pokušaji medicinski potpomognute oplodnje (IVF) povezuju s budućim rizičnim trudnoćama. Po pitanju razlika u obiteljskoj anamnezi za anksiozne poremećaje i depresiju, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi, ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.384$). Navedeno tumačimo dijelom i činjenicom da u ovo istraživanje nisu bile uključene žene s ranije dijagnosticiranim i liječenim anksioznim poremećajima ili depresijom.

Ustanovljena je značajna razlika u ukupnom rezultatu na Beckovoj skali za anksioznost - u sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Naime, ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, u prvom trimestru trudnoće imaju statistički značajno viši rezultat u odnosu na ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi ($p=0.00$, df 198), također statistički značajna razlika postoji u u drugom ($p=0.00$, df 198) te trećem trimestru trudnoće ($p=0.00$, df 198), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Ovo je jedan od glavnih rezultata ovog istraživanja. Očito je anksioznost klinički fenomen, koji je potencijalno povezan s ranijim neuspješnim trudnoćama. Navedeno bi se moglo objasniti time da ranije neuspješne trudnoće kod žena ostavljaju moguće posljedice, u smislu zabrinutosti i negativne anticipacije budućih trudnoća, što se klinički može mjeriti putem simptoma anksioznosti. Nesanica može biti simptom depresije ili se javlja neovisno. Smatra se da nesanica tijekom trudnoće može pogodovati nastanku postpartalne depresije. Rezultati ovog istraživanja nisu pronašli povezanost pozitivne anamneze prethodnih pobačaja i depresije ili nesaniče u idućoj trudnoći. U našem uzorku, potvrđena je jača povezanost pozitivne anamneze prethodnih pobačaja i kasnije anksioznosti u trudnoći.

Za razliku od anksioznosti, nije ustanovljena razlika u ukupnom rezultatu na Beckovoj skali za depresiju - u sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, u prvom trimestru trudnoće nisu imale statistički značajne razliku na Beckovoj skali za depresiju u odnosu na ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi ($p=0.229$, df 198). Također statistički značajna razlika nije pronađena niti u drugom ($p=0.4$, df 198) kao niti trećem trimestru trudnoće ($p=0.533$, df 198), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Isto tako, rezultat ovog istraživanja ukazuje kako nema većih razlika u gradaciji težine depresije, kroz

sva tri trimestra trudnoće, između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Kada se promatraju načini suočavanja sa stresom u trudnoći, potrebno je uzeti u obzir niz faktora. Osim površinskih psiholoških simptoma, iznimno je bitno uzeti u obzir i prethodnu anamnezu reagiranja na stresne situacije, obiteljsku anamnezu, kao i anamnezu psihijatrijskih poremećaja. Vrlo su bitni socijalni i faktori podrške, među kojima se izdvajaju partnerska te obiteljska podrška. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da postoje razlike u razini prethodnog stresa (korišten je „Holmes-Rahe life stress inventory“) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Naš nalaz pokazuje da je niska razina prethodnog stresa značajno češća u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Istovremeno, umjerena i visoka razina prethodnog stresa značajno je češća u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi. Navedeno ukazuje da prethodni spontani pobačaj može igrati bitnu ulogu u simptomima negativnog stresa i popratnim faktorima u slijedećim trudnoćama. S time može biti povezan i dobiven nalaz pojačane anksioznosti u skupini trudnica koje imaju prethodni spontani pobačaj u anamnezi.

U ovom istraživanju promatrane su i tehnike suočavanja sa stresom kod trudnica, što je prema dostupnoj literaturi značajno manje istraživano nego sama anksioznost i depresija u trudnoći. Tehnike suočavanja sa stresom uključuju kognitivne i ponašajne modele ponašanja s ciljem razumijevanja, nošenja i smanjenja unutrašnjih i vanjskih poticaja koji se stvaraju u stresnim interakcijama (Lazarus i Folkman, 1984). U trudnoći su tehnike suočavanja sa stresom iznimno bitne ukoliko postoje određeni nepovoljni faktori, a u našem istraživanju to je mogao biti prethodni pobačaj u anamnezi. Razlike u načinu suočavanja sa stresorima (Coping Inventory for Stressful Situations) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i

ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi pokazuju da je kognitivni odgovor na stresor značajno češći u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Paralelno, emocionalni odgovor na stresor te izbjegavajuće ponašanje značajno su češći u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi. Kognitivni odgovor najbliži je optimalnom, prema cilju usmjerenom, načinu suočavanja sa stresorima i on nudi najširi okvir za zrelo nošenje sa stresorima. Emocionalni odgovor na stresor povezan je u značajnoj mjeri s pojačanom anksioznošću i nema adekvatan odmak od stresora, stoga se smatra manje povoljnim odgovorom. Nepovoljni dio emocionalnog odgovora na stresor uključuje i fokusiranost na sebe u stresnoj situaciji, što paralelno implicira nedostatak kapaciteta usmjerenih prema van, prema doživljaju i suočavanju sa stresnom situacijom koja je često produkt interakcija s drugim osobama. Izbjegavajuće ponašanje, u skladu s nazivom, bazira se na obrascima ponašanja kojima se izbjegava kontakt sa stresorima. Ovo u konačnici može biti nepovoljno, jer kada dođe do stresne situacije, nema dovoljno optimalnih mehanizama za suočavanje i razrješenje stresne situacije. Očito su načini suočavanja sa stresorima bitni i u razumijevanju simptoma kao što su anksioznost i depresija. Moguće da nepovoljniji načini suočavanja sa stresorima, imaju popratnu pojačanu anksioznost, što je samo dodatni faktor koji ukazuje na nepovoljno razrješenje stresne situacije. Nalaz ovog istraživanja jasno ukazuje na kvalitativne razlike u načinu suočavanja sa stresorima („Coping Inventory for Stressful Situations“), između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Pobačaj se smatra jednom od glavnih komplikacija trudnoće. Istraživanja provedena vezano uz psihološke posljedice koje donosi pobačaj, s posebnim su naglaskom na simptomima depresije i anksioznosti (Cumming i sur., 2007; Broen i sur., 2006). U istraživanjima se naglašava biološka i psihološka osnova čina pobačaja. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju

da prethodni pobačaj utječe na psihičko zdravlje žena u idućim trudnoćama. Većina žena, nakon pobačaja, postaju ponovno trudne unutar perioda od 18 mjeseci (Huang i sur., 2012). Rezultat našeg istraživanja je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. Jedan od temeljnih nalaza našeg istraživanja, u skladu je s preglednim radom Gellera i sur. (2004), koji naglašavaju da pobačaj kod žena, u idućoj trudnoći stvara visoku razinu anksioznosti. Istraživanje provedeno u Berlinu (Fertl i sur., 2009), pokazuje da trudnice koje imaju u anamnezi prethodni spontani pobačaj, u usporedbi s trudnicama bez ranijeg spontanog pobačaja, imaju visoku razinu straha i anksioznosti, posebno u prvom trimestru. Naše istraživanje potvrdilo je da trudnice koje imaju u anamnezi prethodni spontani pobačaj, imaju povišenu razinu anksioznosti, međutim to se pokazalo kroz sva tri trimestra trudnoće. Istraživanja (Cote-Arsenault i sur., 2007; Tsartsara i sur., 2006) pokazuju da se razina anksioznosti smanjuje s trajanjem trudnoće, što naše istraživanje SAMO DJELOMIČNO potvrđuje. Za razliku od istraživanja Bergnera i sur. (2008), naše istraživanje nije pokazalo povezanost prethodnih pobačaja i značajno povišenih simptoma depresije u prvom trimestru iduće trudnoće. Studija Broena i sur. (2005) pokazala je kako socijalne, moralne i psihološke komplikacije kod žena nakon induciranog pobačaja mogu biti ozbiljnije od stanja nakon spontanog pobačaja. Ranija studija Broena i sur. (2004), koja je kroz period od dvije godine pratila posljedice pobačaja, pokazala je da su kratkoročne emocionalne reakcije nakon spontanog pobačaja izraženije nego kod induciranog pobačaja. Kroz duži period, žene nakon induciranog pobačaja imale su značajno više izbjegavajućih misli i osjećaja u odnosu na žene nakon spontanog pobačaja. Naše istraživanje pokazalo je također kako su izbjegavajući načini nošenja sa stresom češći kod trudnica s prethodnom anamnezom spontanih pobačaja.

Kvalitativne razlike u razini procjene prethodnih životnih stresora (The Holmes-Rahe Life Stress Inventory) ukazuju da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno nižu učestalost niske do umjerene razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na

ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi. Isto tako vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno višu učestalost umjerene kao i visoke razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Rezultat ovog istraživanja-povezanost prethodnog pobačaja i povišene anksioznosti u idućim trudnoćama, sukladan je rezultatima istraživanja Cogle i sur. (2003) kao i Dingle i sur. (2008). Očito je bitno i planiranje trudnoće što nije bio uži fokus ovog istraživanja, ali istraživanje Cogle i sur. iz 2005. godine pokazuje kliničku anksioznost kod 10.1% trudnica koje nisu planirale trudnoću, a 13.7% u grupi trudnica koja se odlučila na pobačaj. Naš nalaz o važnosti procjene prethodnog pobačaja u kontekstu anksioznosti u aktualnoj trudnoći, podupire rezultate studije Broena i sur. (2005), koji su pronašli višu razinu anksioznosti kod žena nakon spontanog pobačaja, u odnosu na žene s induciranim pobačajem (analiza je napravljena 10 dana nakon pobačaja). Rezultati ovog istraživanja, o vezi između prethodnog pobačaja s psihičkim stanjem u aktualnoj trudnoći, mogu biti razmotreni i u okviru preventivnih istraživanja u medicini. Ukoliko se na većem uzorku potvrdi ovaj nalaz, bilo bi uputno da se ne samo na razini savjetovališta već i u okviru kliničke medicine, oforme programi namijenjeni trudnicama s prethodnom anamnezom stresogenih događaja vezanih uz trudnoću. Na taj način spriječiti će se nastanak komplikacija, kako tjelesnih tako i psihičkih, ne samo kod žena, već i kod njihove djece.

Nalaz našeg istraživanja o povišenoj anksioznosti kao mogućem rizičnom faktoru u trudnoći može imati i daljnje implikacije, nakon trudnoće, kako za majku tako i za dijete. Velika studija Herona i suradnika (2004) provedena na općoj populaciji pokazuje da je čak do 25% djece izloženo povišenoj razini pre- i post-natalnih depresivnih simptoma majki, a podjednak je postotak onih izloženih povišenoj razini pre- i post-natalnih anksioznih simptoma majki. Brojni su dokazi da ovako rana izloženost distresu, može pridonijeti kasnijem nastanku psihopatologije kod djece, za što je bitna kompleksna interakcija genetskih faktora, kao i

faktora okoliša (Heron i suradnici, 2004). Istraživanja pokazuju kako fetalna izloženost majčinoj anksioznosti i depresiji obično ima vezu i s povišenim razinama majčinih stres hormona, osobito kortizola, koji preko placentalne barijere pogađaju fetalni razvoj (Austin, Leader, & Reilly, 2005; de Weerth & Buitelaar, 2005; Fumagalli, Molteni, Racagni, & Riva, 2007; O'Connor, Heron, Golding, & Glover, 2003; Van den Bergh & Marcoen, 2004). Pretjerana izraženost simptoma depresije i anksioznosti kod trudnica, u postnatalnom periodu mogu utjecati i na negativne modele privrženosti (engl. attachment) (Davis et al., 2004; McMahon et al., 2006), koji predisponiraju razvoj psihičkih poremećaja, uključujući poremećaje ličnosti (Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006), ovisnosti (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Kustner, 2007), depresiju (West & George, 2002) i poremećaje hranjenja (Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, & Treasure, 2000; Ward et al., 2001). Isto tako opisana je i nespecifična psihopatologija u djece i adolescenata (Brown & Wright, 2003; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; McCartney, Owen, Booth, Clarke-Stewart, & Vandell, 2004; Yoo, Kim, Shin, Cho, & Hong, 2006). Prenatalna izloženost pojačanoj anksioznosti i depresiji utječe i na temperament u dječjoj dobi (Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint, & Parker, 2005). Većina objavljenih istraživanja o povezanosti majčinog psihičkog stanja i psihičkog funkcioniranja kod djece, odnosi se na postnatalni period, a samo manji broj studija objavljen je vezan uz antenatalni period. Rezultati ovog istraživanja su u skladu s hipotezom velikog ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) istraživanja (O'Connor, Heron, Golding, et al., 2002). ALSPAC je velika prospektivna kohortna studija u Engleskoj, čiji su rezultati pokazali kako je povišena prenatalna anksioznost (18. i 32. tjedan gestacije), kod djece u dobi od 4 godine povezana s brojnim emocionalnim problemima kod oba spola i većom učestalosti ADHD kod dječaka. U prospektivnoj populacijskoj studiji provedenoj na trudnicama, Pawlby, Hay, Sharp, Waters i O'Keane (2009), ustanovili su četiri puta veću učestalost depresivnog poremećaja kod 16-

godišnjaka, čija je majka kada je bila trudna, u 2. ili 3. trimestru trudnoće imala depresivni poremećaj, u odnosu na vršnjake čija majka nije u trudnoći bolovala od depresije. Ova razlika je bila bez razine značajnosti kada su u obzir uzete iduće depresivne epizode kod majki. Naše istraživanje je potvrdilo da spontani pobačaj nosi rizik porasta anksioznosti u idućim trudnoćama. Povišena razina anksioznosti u trudnoći, prema studijama povisuju rizik psihičkih problema u djece, uključujući i češće javljanje psihičkih poremećaja (Allen, Lewinsohn, & Seeley, 1998; Murray et al., 2011; Pawlby et al., 2008), a ovo se bilježi i u periodu adolescencije (Allen, Lewinsohn, & Seeley, 1998; Murray et al., 2011; Pawlby et al., 2008). Stoga rezultati ovog istraživanja naglašavaju koliko je bitna procjena psihikog stanja kod trudnica, jer pomažući trudnicama, preveniramo i psihičke poremećaje kod njihove djece koja će se roditi.

Jedan od problema vezan uz procjenu anksioznosti u trudnoći jest i široko rasprostranjeni socijalni stav da je trudnoća sama po sebi, kao drugo ili blaženo stanje, nešto što implicira samo radosne trenutke i dobar opći osjećaj. Sve je više znanstvenih dokaza koji povezuju anksioznost trudnica s utjecajem na fetalni razvoj, opstetričke komplikacije, odnos majka-dijete i razvoj djeteta. Prenatalna anksioznost može biti i rizičan raktor za postpartalnu depresiju (Austin i sur., 2007; Coelho i sur., 2011). Heron i sur. (2004) su ustanovili povišenu razinu anksioznosti kod 15-16% trudnica i 8-9% žena u puerperiju. 1-4% trudnica zadovoljava kriterije za panični i opsesivno-kompulzivni poremećaj, a 8.5% za generalizirani anksiozni poremećaj (Ross i sur., 2006). Unatoč tome što je dijagnoza anksioznog poremećaja češća u trudnoći nego postpartalno, žene s ovim poremećajem se češće javljaju radi liječenja poremećaja u postpartalnom periodu (Andersson i sur., 2006). Istraživanja (Andersson i sur., 2006; Britton, 2008; Blackmore i sur., 2011) pokazuju da su niža razina edukacije i samački život, kao i komplikacije u prethodnim trudnoćama i pobačaji, rizični faktori za povišenu

anksioznost u trudnoći. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da prethodne komplikacije, odnosno spontani pobačaji, povisuju rizik anksioznosti u idućoj trudnoći, međutim nije nađena značajna povezanost s razinom edukacije i samačkim životom. Nalaz ovog istraživanja o povišenoj anksioznosti u trudnoći kod žena koje su prethodno imale spontani pobačaj, bitan je i u kontekstu podataka da trudnice s povišenom anksioznosti, češće imaju tjelesne simptome, učestalije se pregledavaju kod ginekologa, izostaju u većoj mjeri s posla i zahtijevaju više medikacije protiv boli tijekom porođaja (Alder i sur., 2007). Praktično značenje nađenog nalaza povišene anksioznosti u trudnoći, poklapa se sa istraživanjem Martinija i sur. (2010), koji navode da samoprocjenska anksioznost i stres, a ne dijagnoza anksioznog poremećaja, imaju vezu s komplikacijama u trudnoći kao što su raniji porod i komplikacije u porodu. Moguće objašnjenje je da povišena anksioznost utječe na disregulaciju hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi, što dovodi do povišene razine kortizola koji direktno utječe na fetalni rast, smanjujući krvotok prema fetusu ili povećavajući aktivnost fetalne hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi uz porast pokreta i pojačano kalorijsko trošenje kod fetusa (Diego i sur., 2006). Jedno od biologijskih objašnjenja anksioznosti u trudnoći i utjecaju na fetus, dali su Pluess i sur. (2010), kroz navod da predispozicija trudnice za pojačan odgovor na stres i povišena anksioznost, može biti crta ličnosti koja je u značajnoj mjeri nasljedna. Za objašnjenje povišene anksioznosti u trudnoći, očito se moraju uzeti u obzir biologijski, psihološki, ali i socijalni faktori, jer izolirano tumačenje zanemaruje kompleksnost nastanka anksioznosti kao simptoma.

Provedena je binarna logistička regresija u kojoj je povijest pobačaja u anamnezi kriterijska varijabla. U prvom bloku unesene su varijable dobi i stupnja edukacije koje su se pokazale neznačajno povezane s anamnezom prethodnih pobačaja. U drugom bloku unesena je varijabla stilova nošenja sa stresom, koja uz kontroliranje utjecaja dobi i stupnja edukacije, statistički značajno predviđa anamnezu prethodnih pobačaja. Točnije rečeno, veća je

vjerojatnost pobačaja u anamnezi kod ispitanica koje koriste izbjegavajući stil nošenja sa stresom (za razliku od kognitivnog stila).

Potencijalna praktična primjena rezultata ovog istraživanja može ići u smjeru prepoznavanja trudnica pod rizikom za razvoj pojačane anksioznosti. Suportivno-psihološke metode imale bi za cilj rano prepoznavanja anksioznosti kao i pružanje optimalne pomoći trudnicama s ovim problemom. Trudnice se uče prepoznavanju stresora kao trigger faktora te suočavanju s problemom anksioznosti. Strategije za redukciju anksioznosti uključuju metode mišićne relaksacije, tehnike imaginacije i kognitivnog restrukturiranja. Na taj način, prevenira se i nastanak postpartalne depresije, kao najčešćeg psihičkog poremećaja kod žena nakon porođaja.

Očito su rizici visoke anksioznosti u trudnoći brojni. S jedne strane, očituju se kao problemu kod majki: postpartalni anksiozni poremećaji, postpartalna depresija te rizik tjelesnih komplikacija. S druge strane, mogu se javiti komplikacije iza djeteta: prijevremeni porod, niska porođajna težina te povišen rizik morbiditeta i mortaliteta.

8.

Zaključak

Hipoteza našeg istraživanja je da trudnice s anamnezom prethodnih spontanog pobačaja (n-100) imaju višu razinu depresije i anksioznosti u odnosu na trudnice bez spontanog pobačaja u anamnezi (n-100). Skupine se nisu razlikovale po dobi i ostalim socio-demografskim parametrima. Razina simptoma anksioznosti i depresije mjerila se Beckovima skalama za anksioznost i depresiju.

Po pitanju izraženosti simptoma depresije, skupine se nisu razlikovale niti u jednom od tri trimestra trudnoće (mjereno u 10., 20. i 30. tjednu trudnoće).

Anksioznost se pokazala razlikovnim faktorom, tako da su trudnice s anamnezom prethodnih spontanog pobačaja, kroz sva tri trimestra trudnoće imale značajno višu razinu anksioznosti u odnosu na trudnice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Razlike u načinu suočavanja sa stresorima (Coping Inventory for Stressful Situations) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi pokazuju da je kognitivni odgovor na stresor značajno češći u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Paralelno, emocionalni odgovor na stresor te izbjegavajuće ponašanje značajno su češći u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi.

Postoje i razlike u razini procjene prethodnih životnih stresora (The Holmes-Rahe Life Stress Inventory), koje ukazuju da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno nižu učestalost niske razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi. Isto tako vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno višu učestalost umjerene kao i visoke razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

9.

Sažetak

Spontani pobačaji smatraju se jednim od glavnih nepovoljnih ishoda trudnoća, a uloga stresa pri tome se smatra bitnom. Hipoteza našeg istraživanja je da trudnice s anamnezom prethodnih spontanih pobačaja (n=100) imaju višu razinu depresije i anksioznosti u odnosu na trudnice bez spontanog pobačaja u anamnezi (n=100). Skupine se nisu razlikovale po dobi i ostalim socio-demografskim parametrima. Razina simptoma anksioznosti i depresije mjerila se Beckovima skalama za anksioznost i depresiju. Po pitanju izraženosti simptoma depresije, skupine se nisu razlikovale niti u jednom od tri trimestra trudnoće (mjereno u 10., 20. i 30. tjednu trudnoće). Anksioznost se pokazala razlikovnim faktorom, tako da su trudnice s anamnezom prethodnih spontanih pobačaja, kroz sva tri trimestra trudnoće imale značajno višu razinu anksioznosti u odnosu na trudnice bez spontanog pobačaja u anamnezi. Ustanovljena je negativna korelacija između mjeseci proteklih od spontanog pobačaja i anksioznosti tijekom trudnoće. Razlike u načinu suočavanja sa stresorima (Coping Inventory for Stressful Situations) između ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi i ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi pokazuju da je kognitivni odgovor na stresor značajno češći u skupini ispitanica bez spontanog pobačaja u anamnezi. Paralelno, emocionalni odgovor na stresor te izbjegavajuće ponašanje značajno su češći u skupini ispitanica koje imaju spontani pobačaj u anamnezi. Postoje i razlike u razini procjene prethodnih životnih stresora (The Holmes-Rahe Life Stress Inventory), koje ukazuju da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno nižu učestalost niske razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi. Isto tako vidljivo je da ispitanice koje imaju spontani pobačaj u anamnezi, imaju značajno višu učestalost umjerene kao i visoke razine prethodnih životnih stresora, u odnosu na ispitanice bez spontanog pobačaja u anamnezi.

Summary

Spontaneous abortion is the most common adverse pregnancy outcome, and stress has been suggested to be important factor. We hypothesized that those female pregnant women with previous spontaneous abortion (n=100) will have higher anxiety and depression than female pregnant women without previous spontaneous abortion (n=100). Age and other socio-demographic parameters did not differ significantly between the groups of participants. Anxiety and depression levels were assessed with the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory. There were no significant differences in the scores on Beck Depression Inventory between groups of participants at the week 10 of gestation-1st assessment, week 20 of gestation-2nd assessment and week 30 of gestation-3rd assessment. Contrary of these results, pregnant women with history of spontaneous abortion have had statistically significant higher anxiety score than pregnant women without history of spontaneous abortion, at all of three assessments. Negative correlations between months passed form the last spontaneous abortion and anxiety on both assessment, emphasize the role of psychological support for the women who have experienced spontaneous abortion. The results on Coping Inventory for Stressful Situations showed that pregnant women with history of spontaneous abortion have had higher levels of avoidant mechanisms and emotional response to stress and lower level of cognitive response to stress than pregnant women without history of spontaneous abortion. Holmes-Rahe life stress inventory showed that pregnant women with history of spontaneous abortion have had higher levels of prior stressors than pregnant women without history of spontaneous abortion.

10.

Literatura

- Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001;62(5):332-6
- Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20(3):189-209.
- Allen, N. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Developmental Psychopathology*, 10, 513–529.
- Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Östrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet. Gyn. Scand.* 85(8), 937–944 (2006).
- Appleby, L., Gregoire A., Platz, C., Martin P.L. Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res* 1994;38, 539-45.
- Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J. Affect Disord.* 101(1–3), 169–174 (2007).
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1–6.
- Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: Relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81, 183–190.
- Austin, M. P., Leader, L. R., & Reilly, N. (2005). Prenatal stress, the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, and fetal and infant neurobehaviour. *Early Human Development*, 81, 917–926.

- Balsam RH. The vanished pregnant body in psychoanalytic female developmental theory. *J Am Psychoanal Assoc* 2003;51(4):1153-79.
- Beebe, B., Lachmann, F.M. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanal Psychol* 1994;11: 127-65,
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., et al., 2004. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obst Gynec* 103, 698–709.
- Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29(2):105-13.
- Bernazzani, O., Bifulco, A., 2003. Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Soc Sci Med* 56, 1249–1260.
- Blackmore ER, Cote-Arsenault D, Tang W *et al.* Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br. J. Psychiatry* 198(5), 373–378 (2011).
- Britton JR. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depress. Anxiety* 25, 793–800 (2008).
- Brockington, I.F., Cernik, K.F. Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psy* 1981;38:829-33.
- Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal fiveyear follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(3):317-23.
- Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med.* 2005;3:18.
- Broen AN, Moum T, Bødtker AS. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med* 2004;66(2):265-71.

- Brown, L., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 76, 351–367.
- Campagne, D.M., 2004. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obst Gyn Repr Biol* 116, 125–130.
- Cantwell, R., Cox, J.L., 2003. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Curr Obst Gyn* 13, 7–13.
- Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, Roge B. Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients. *Encephale* 2002;28(1):65-70
- Chung, E.K., McCollum, K.F., Elo, I.T., et al., 2004. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics* 113, 523–529.
- Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J. Affect Disord.* 129(1–3), 348–353 (2011).
- Cooper,P.J., Campbell,E.A., Day A., Kennerley,H., Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Brit J Psy* 1988; 152:799-806.
- Cooper,P.J., Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Brit J Psy* 1995;166:191-5.
- Côté-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res* 2007;56(2):108-16.
- Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort. *Med. Sci. Monit.* 2003; 9: CR105–112.

- Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J. Anxiety Disord.* 2005; **19**: 137–142.
- Cox,J.L., Holden,J.M., Sagovsky,R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psy* 1987;150:782-6.
- Cumming GP, Klein S, Bolsover D, Lee AJ, Alexander DA,Maclean M, Jurgens JD, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG* 2007;114(9):1138-45.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., et al., 2000. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Dis* 59, 31–40.
- Das, Z., 2005. Psychosocial and cultural aspects of pregnancy. In: Tas-kin, L. (Ed.), *Childbirth and Women's Health Nursing*, 7th edn. Sistem Ofset Press, Ankara.
- Davis, E., Snidman, N., Wadhwa, P., Glynn, L., Schetter, C., & Sandman, C. (2004). Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy. *Infancy*, 6, 319–331.
- Dennerstein,L., Morse,C.A. Premenstrual tension and depression- Is there a relationship? *J Psychosom Obst Gyn* 1988;8:45-52.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition – DSM IV, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Diego MA, Jones NA, Field T *et al.* Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom. Med.* 68(5), 747–753 (2006).
- Dingle K, Alati R, Clavarino A, Najman JM, Williams GM. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: An Australian birth cohort study. *Br. J. Psychiatry* 2008; **193**: 455–460.
- Fergerson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):899-902

- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23–39.
- Fertl KI, Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142(1):23-9.
- Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., & Riva, M. A. (2007). Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology. *Progress in Neurobiology*, 81, 197–217.
- Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *J Psychosom Res* 2004;56(1):35-45.
- Gennaro, S., Hennessy, M.D., 2003. Psychological and physiological stress: impact on preterm birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG* 32, 668–675.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Wallace, P.M. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991;100: 122-32.
- Gregoire, A.J.P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A.F., Studd, J.W.W. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet* 1996;347: 930-3.
- Hall C. Exploration of women's body experiences surrounding first childbirth. *J Am Psychoanal Assoc* 2007;55(1):275-9.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development*, 81, 149–165.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., et al., 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Dis* 80, 65–73.

- Hohlagschwandtner M, Husslein P, Klier C, Ulm B. Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(4):326-30
- Huang Z, Hao J, Su P, Huang K. The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms During a Subsequent Pregnancy: Data From a Population-Based Cohort Study in China. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, Vol: 22, N.: 1, 2012.
- Isabella, R., Belsky, J. Interaction synchrony and the origins of mother-infant attachment: A replication study. *Child Development* 1991;62:373-84.
- Jakovljević M.: Depresija - prepoznavanje i liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Pro Mente Zagreb, 1998;7-27.
- Jakovljević M.: Antidepresivi: dileme, mitovi i činjenice, *Medicus*, 1998;7:71-82.
- Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psych* 2001;35(1):69-74
- Jones, N.A., Field, T., Fox, N.A., 1998. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Infant Behavior and Development* 21, 537–541.
- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):251-5.
- Kaplan & Sadock: Priručnik za uporabu lijekova u psihijatriji, “Naklada Slap”, Jastrebarsko 1998.
- Kelly, R.H., Russo, J., Katon, W., 2001. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hosp Psy* 23, 107–113.
- Kennrery, H., Gath, D. Maternity Blues: Detection and measurement by questionnaire. *Brit J Psych* 1989;155:356-73.

- Kugu, N., Akyuz, G., 2001. Psychological state in pregnancy. *Journal of the Faculty of Medicine Cumhuriyet University* 23, 61–64.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., et al., 2000. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obst Gynec* 95, 487–490.
- Lazarus R, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York
- Leon IG. The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: a multidimensional model. *Am J Psychiatry* 1992;149(11):1464-72.
- Lundy, B.L., Jones, N.A., Field, T., 1999. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development* 22, 119–129.
- Magezis J. Ženske studije, Magistrat-Sarajevo, 2001;169-79.
- Manber, R., Schnyer, R.N., Allen, J.J.B., et al., 2004. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Dis* 83, 89–95.
- Marčinko D, Hotujac Lj, Đorđević V, Vuksan-Ćusa B, Filipčić I, Bolanča M, Marčinko A. Substance And Alcohol Dependence In Pregnancy. *Alcoholismus* 2004; 40: 45-60.
- Marčinko D, Jakovljević M, Medjedović V. Psihijatrijski poremećaji u trudnoći i babinju. Psihološki aspekti trudnoće i materinstva. // *Ginekologija i perinatologija (treće izdanje)*. / Asim Kurjak i sur. (ur.). Varaždinske Toplice : Tonimir, 2003.
- Marčinko D, Jakovljević M, Medjedović V. Psihijatrijski poremećaji u trudnoći i babinju // *Neurološke bolesti u trudnoći* / prof.dr.Josip Djelmiš i sur (ur.). Zagreb : prof.dr.Josip Djelmiš i sur, 2002.
- Marčinko D, Medjedović V, Jakovljević M. Ovisnosti o drogama u trudnoći // *Hitna stanja u ginekologiji i porodništvu* / prof.dr.Josip Djelmiš i sur (ur.). Zagreb : prof.dr.Josip Djelmiš, 2003.

- Marčinko D, Medjedović V, Jakovljević M. Primjena psihijatrijskih lijekova u trudnoći // Lijekovi u trudnoći i laktaciji / prof.dr.Josip Djelmiš i sur. (ur.). Zagreb : prof.dr.Josip Djelmiš i sur., 2003.
- Marčinko D, Radanović-Čorić S, Medjedović V, Martinac M, Karlović D, Tripković M, Ivanišević M. Postpartalna depresija. *Soc Psih* 2003;31:133-137.
- Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum. Dev.* 86, 305–310 (2010).
- McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., & Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 660–669.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 460–470.
- Nayak, M.B., Al-Yattama, M., 1999. Assault victim history as a factor in depression during pregnancy. *Obst Gyn* 94, 204–208.
- Nordeng H, Bergsholm YK, Bohler E, Spigset O. The transfer of selective serotonin reuptake inhibitors to human milk. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121(2):199-203.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: A test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1025–1036.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report

from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502–508.

- Ozkan, S., Bozkurt, O., 1999. Gynecology and mental health. In: Ozkan, S. (Ed.), *Course Book of Consultation Liaison*
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S., & O’Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 236–243.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D., & O’Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107, 241–245.
- Pluess M, Bolten M, Pirke KM, Hellhammer DH. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. *Biol. Psychol.* 83, 169–175 (2010).
- Pop, V.J.M., de Rooy, H.A.M., Vader, H.L. Postpartum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *New Engl J Med* 1991;324:1815-6.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., et al., 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hosp Psy* 26, 289–295.
- Ross LE, Mclean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry* 67, 1285–1298 (2006).
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., & Kustner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111–126.
- Singer, L.T., Salvator, A., Arendt, R., et al., 2002. Effects of cocaine/polydrug exposure and maternal psychological distress on infant birth outcomes. *Neurotoxic Teratol* 24, 127–135.
- Stocky, A., Lynch, J., 2000. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Bailliere’s Clinical Obstetrics and Gynaecology* 14, 73–87.

- Stotland NL. Abortion: social context, psychodynamic implications. *Am J Psychiatry* 1998;155(7):964-7.
- Stuart,S., O'Hara, M.W. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy /Letter/. *Arch Gen Psy* 1995; 52: 75-6.
- Tsartsara E, Johnson MP. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: an exploratory follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27(3):173-82.
- Van Buren J. Women's internal reality: birthplace or graveyard. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2004;32(2):303-19.
- Van den Bergh, B. R., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, 75, 1085–1097.
- Verdoux, H., Sutter, A.L., Glatigny-Dallay, E., et al., 2002. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psych Scand* 106, 212–219.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370–376.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497–505.
- Watson,J.P., Elliot,S.A. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Brit J Psy* 1984; 144:453-62.
- Weisberg, R.B., Paquette, J.A., 2002. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues* 12, 32–36.

- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment & Human Development*, 4, 278–293.
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 1065–1085.

11.

Životopis

Medjedović Marčinko Vesna, dr.med., specijalist ginekologije i opstetricije

Završila Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu 1996.godine. Liječnički staž obavila za Kliniku za infektivne bolesti "Dr Fran Mihaljević". Nakon položenog državnog ispita, zaposlena u American Refugee Committee. Nakon toga radila u hitnoj medicinskoj pomoći u Domu zdravlja zagrebačke županije (ispostava Vrbovec). 2006.g. završava specijalizaciju iz ginekologije i opstetricije (specijalizantski staž odrađen u Klinici za ženske bolesti i porode-Petrova 13) kada postaje specijalist ginekologije i opstetricije. Od tada je zaposlena u specijalističkoj ginekološkoj ambulanti u Domu zdravlja Zagrebačke županije (ispostava Zaprešić), zadnjih godina kao koncesionar. Udata, majka dvoje djece (Nika i David).

Popis objavljenih publikacija.

Radovi indeksirani u Current Contents:

1. Medjedović Marčinko V, Marčinko D, Đorđević V, Orešković S. Anxiety and Depression in Pregnant Women with Previous History of Spontaneous Abortion. Coll Antropol 2011;35(1):225-228.
2. Marčinko D, Bilić V, Pivac N, Tentor B, Franić T, Lončar M, Medjedović Marčinko V, Jakovljević M. Serum cholesterol concentration and structured individual psychoanalytic psychotherapy in suicidal and non-suicidal male patients suffering from borderline personality disorder. Coll Antropol 2011;35(1):219-223.
3. Lončar M, Dijanić Plašć I, Bunjevac T, Henigsberg N, Hrabač P, Groznica I, Marčinko V, Jevtović S. Self-Assessment of Well-Being as an Indicator of Quality of Life of Former War Prisoners – A Croatian Study. Coll Antropol 2011;35(1):199-204.

4. Marčinko D, Marčinko V, Karlović D, Marčinko A, Martinac M, Begić D, Jakovljević M. Serum lipid levels and suicidality among male patients with schizoaffective disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008; 32(1):193-6.

Radovi indeksirani u drugim publikacijama:

- Marčinko D, Radanović-Ćorić S, Medjedović V, Martinac M, Karlović D, Tripković M, Ivanišević M. Postpartalna depresija. Socijalna psihijatrija. 31 (2003) ; 133-137.
- Marčinko D, Filipčić I, Karničnik S, Jančić E, Luburić-Milas M, Medjedović V, Mijić Š, Hotujac Lj. Spontane diskinezije u shizofreniji. Soc psihijat 2002;30:11-14.
- Marčinko D, Begić D, Filipčić I, Martinac M, Marčinko A, Medjedović V. Neurobiološki parametri suicidalnosti. Soc psihijat 2002;30:79-84.

Poglavlja u knjizi

1. Marčinko Darko, Jakovljević Miro, Medjedović Vesna. Psihijatrijski poremećaji u trudnoći i babinju. Psihološki aspekti trudnoće i materinstva. // Ginekologija i perinatologija (treće izdanje). / Asim Kurjak i sur. (ur.). Varaždinske Toplice : Tonimir, 2003.
2. Marčinko Darko, Medjedović Vesna, Jakovljević Miro. Ovisnosti o drogama u trudnoći // Hitna stanja u ginekologiji i porodništvu / prof.dr.Josip Djelmiš i sur (ur.). Zagreb : prof.dr.Josip Djelmiš, 2003.
3. Marčinko Darko, Medjedović Vesna, Jakovljević Miro. Primjena psihijatrijskih lijekova u trudnoći // Lijekovi u trudnoći i laktaciji /

prof.dr.Josip Djelmiš i sur. (ur.).

Zagreb : prof.dr.Josip Djelmiš i sur., 2003.

4. Marčinko Darko, Jakovljević Miro, Medjedović Vesna.

Psihijatrijski poremećaji u trudnoći i babinju // Neurološke bolesti u trudnoći /

prof.dr.Josip Djelmiš i sur (ur.).

Zagreb : prof.dr.Josip Djelmiš i sur, 2002.