

Problemy. emocjonalne kobiet w okresie okółoporodowym



Problemy. emocjonalne kobiet w okresie okółoporodowym



Publikacja współfinansowana ze środków otrzymanych od Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu – Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

Autorzy: dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka

Redakcja: Urszula Kubicka-Kraszyńska

Korekta: Maria Tomaszewska-Chyczewska

Projekt graficzny i skład: Krzysztof Kubicki

Warszawa 2008

© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

IBN 978-83-60971-05-5



Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja Rodzić po Ludzku
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15
tel. (022) 887 78 76
www.rodzicpoludzku.pl
fundacja@rodzicpoludzku.pl

Spis treści

1. Wstęp	7
2. Radzenie sobie ze stresem w okresie okołoporodowym	x
3. Emocje w ciąży	x
4. Zaburzenia psychiczne w czasie ciąży	x
5. Stany emocjonalne po porodzie	x
6. Poporodowe zaburzenia psychiczne	x
7. Okołoporodowe zaburzenia emocjonalne	x
8. Aneks	x
9. Bibliografia	x

1. Wstęp

Niniejsza publikacja skierowana jest do profesjonalistów zajmujących się kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu. Jej celem jest przybliżenie problematyki okołoporodowych zaburzeń emocjonalnych dotyczących kobiety w tym szczególnym momencie życia.

Istnieje wiele dowodów na to, że okres okołoporodowy sprzyja wystąpieniu zaburzeń emocjonalnych, począwszy od stanów depresyjnych i lękowych w ciąży, poprzez depresję poporodową i stres pourazowy, aż do psychoz. „Baby blues” – choć jest fizjologicznie uwarunkowany zmianami w organizmie w pierwszych dniach po porodzie, dotyka około 80% młodych mam a u części z nich może przerodzić się w bardziej poważne zaburzenia.

Mimo, iż temat emocjonalnych trudności w okresie ciąży i po narodzinach dziecka jest poruszany częściej niż kiedyś, wiedza na ich temat wśród ginekologów-położników, położnych, położnych środowiskowo-rodzinnych, neonatologów i pediatrów jest wciąż niedostateczna. To, między innymi, uniemożliwia wypracowanie i wdrożenie odpowiednich schematów postępowania wobec kobiet przejawiających trudności emocjonalne. A, jak dowodzi praktyka, im wcześniej zostaną one u kobiety wykryte, tym mniejszy będą miały wpływ na przebieg ciąży i porodu, nawiązywanie więzi z dzieckiem, odnalezienie się w roli matki i czerpanie z niej satysfakcji. Stąd ogromna rola osób sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem, które jako pierwsze mogą zetknąć się z niepokojącymi objawami u kobiety w ciąży lub mamy małego dziecka.

Chcielibyśmy, aby niniejsza publikacja, zawierająca etiologię i opis najczęstszych zaburzeń i ich objawów, jak również praktyczne narzędzia diagnostyczne, stała się pomocą dla tych, którzy stykają się z problemem zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu w swojej codziennej pracy.

Zespół Fundacji Rodzić po Ludzku

2. Radzenie sobie ze stresem w okresie okołoporodowym

Każda zmiana życiowa, zarówno odbierana jako pozytywna (np. przeprowadzka do nowego mieszkania, ślub, wyjazd na wakacje, narodziny długo oczekiwanego dziecka), jak i negatywna (utrata pracy, śmierć bliskiej osoby, rozstanie), może być stresem¹ i wiązać się z dużym obciążeniem emocjonalnym. Stres² odczuwany przez kobietę w okresie okołoporodowym może mieć różne postaci – ostrą (wywołaną nagłą poważną zmianą życiową: narodziny dziecka, choroba matki lub dziecka) lub też przewlekłą, spowodowaną nużącą rutyną dnia codziennego, gdy kobieta opiekuje się dzieckiem w poczuciu osamotnienia czy boryka się z codziennymi problemami materialnymi, związanymi z przejściem na urlop bezpłatny.

W procesie radzenia sobie w trudnej sytuacji pierwsza jest **reakcja krótkotrwała**. Jest to rodzaj pobudzenia wegetatywnego (objawia się wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, tachykardią, drżeniem, potliwością), doraźna odpowiedź organizmu na wymagania stawiane przez stresor, obejmująca zachowania, wchodzące w skład tzw. reakcji alarmowej ogólnego zespołu adaptacyjnego (*General Adaptation Syndrom – GAS*) (Heitzman 2002). Zachowania takie, często obserwowane podczas porodu i tuż po nim, nie oznaczają patologii.

Następnie uruchamiane są **świadome i nieświadome mechanizmy radzenia sobie**. W modelu stresu – radzenia sobie (*stress-coping*) Lazarusa (Lazarus 1966), wydarzenie nie jest stresujące samo w sobie, a związane z nim poczucie obciążenia determinowane jest przez znaczenie przypisywane sytuacji, podczas pierwotnej oceny

¹Stresor – czynnik zewnętrzny lub wewnętrzny, bodziec, wywołujący stres.

²Stres – w psychologii określane jako dynamiczna relacja adaptacyjna pomiędzy możliwościami jednostki a wymogami sytuacji (stresorem), charakteryzująca się brakiem równowagi. Podejmowanie zachowań zaradczych jest próbą przywrócenia równowagi. W terminologii medycznej, stres jest zaburzeniem homeostazy spowodowanym czynnikiem fizycznym lub psychologicznym.

poznawczej (odpowiedź na pytanie: „co to dla mnie znaczy?”). Po opanowaniu reakcji krótkotrwałej kobieta w różny sposób może interpretować swoje problemy – na poziomie świadomym i nieświadomym. W modelu Lazarusa jednostka może oceniać sytuację jako:

- ▶ krzywdę – dotyczy kobiet, które ciężę postrzegają jako niesprawiedliwość, np. matki niepełnoletnie. Towarzyszy im poczucie krzywdy, a następnie poczucie winy;
- ▶ zagrożenie – dzieje się tak w przypadku kobiet, które boją się o zdrowie swoje i dziecka, obawiają się tego, co ich czeka, przewidują groźne sytuacje w przyszłości. Odczuwają głównie lęk;
- ▶ stratę – dotyczy kobiet (zazwyczaj aktywnych, samodzielnych, rozwijających się zawodowo), dla których cięża to utrata wolności, sylwetki, możliwości odpoczynku – przeżywają one uczucie żalu;
- ▶ wyzwanie – taką interpretację odnajdą w sobie waleczne przyszłe matki, traktujące ciężę jako zadanie do wykonania, okazję do wykazania się, do spełnienia cudzych i własnych oczekiwań oraz planów życiowych. Budzi się w nich wola walki, mobilizacja.

Prawie równocześnie z oceną pierwotną osoba, pozostająca pod wpływem stresora, w omawianej sytuacji kobieta w ciąży i matka małego dziecka, dokonuje także **oceny wtórnej**, czyli oszacowania swoich rezerw odporności na trudne sytuacje (odpowiedź na pytanie: „jak sobie z tym poradzę?”). Rezerwy te to wszelkie zasoby psychiczne, fizyczne, materialne i społeczne, które kobieta ma do dyspozycji, by stawić czoła, czekającym ją wydarzeniom.

Do zasobów psychicznych, sprzyjających skutecznemu radzeniu sobie w ciąży i po porodzie, należą elastyczność, otwartość na zmiany, a szczególne miejsce wśród nich zajmuje dobra samoocena. Kobietom w tym szczególnym okresie życia przydają się również inne umiejętności społeczne, takie jak:

- ▶ zdolność do nawiązywania satysfakcjonujących relacji z ludźmi;
- ▶ sprawna komunikacja z otoczeniem;
- ▶ umiejętność planowania i realizowania celów oraz rozwiązywania problemów;

- ▶ skuteczne radzenie sobie ze stresem;
- ▶ umiejętność zwracania się po wsparcie i pomoc.

Brak wyżej wymienionych umiejętności może negatywnie wpływać na stan psychiczny kobiet w ciąży i matek małych dzieci.

Każda kobieta wie, w jaki sposób zazwyczaj reaguje na zmiany i stres. Jeśli po porodzie jej „nieradzenie sobie” wykracza poza to, co zna z doświadczenia, powinna poszukać pomocy. Wiadomo, że kobiety z neurotycznymi cechami osobowości, czyli nadwrażliwe, z pesymistycznym obrazem świata i siebie, lękowe, czy też perfekcjonistki są bardziej narażone na występowanie poporodowych zaburzeń nastroju. Bywa również tak, że kobieta zagubiona i w poczuciu lęku, jeśli ma niezbyt dobry kontakt z własnymi emocjami, może nie zauważać lub zaprzeczać, że przeżywa coś trudnego. Zdarza się także, że młoda mama uważa, że „tak ma być” i nie może w żaden sposób sytuacji zmienić. Działania podejmowane w takiej sytuacji polegają głównie na ukrywaniu własnych uczuć, nawet przed sobą samą. Pojawia się negatywne sprzężenie zwrotne – im bardziej kobieta stara się ukryć swój stan emocjonalny, tym jest jej trudniej. Takie próby poradzenia sobie ze stresem w ciąży czy po porodzie, mogą zaowocować wzrostem napięcia i nasileniem objawów lęku, drażliwości albo obniżonego nastroju.

Wsparcie innych osób, rodziny i przyjaciół, pracodawcy, a także wsparcie społeczne i różnych instytucji pomocowych to kolejny, bardzo istotny składnik zasobów odporności. To, czy kobiety w ciąży i matki małych dzieci z niego korzystają, zależy głównie od obiektywnej dostępności wsparcia, ale także w dużej mierze od nich samych. Ogromnie ważna jest umiejętność zapewnienia sobie adekwatnego wsparcia osób bliskich i dalszych w czasie ciąży, na czas porodu, a także i potem, po urodzeniu dziecka. Wskazane jest, aby osoba potrzebująca pomocy:

- ▶ zrezygnowała z poczucia omnipotencji i przyjęła do wiadomości, że pomoc jest potrzebna;
- ▶ opanowała sztukę proszenia bez poczucia upokorzenia;

► nie rezygnowała, gdy pomoc jest trudna do zdobycia – i szukała innych jej źródeł.

Kobiety w dobrym ogólnym stanie zdrowia, odporne na ból i brak snu, lepiej radzą sobie z fizycznymi obciążeniami ciąży i macierzyństwa. Zasoby materialne czasem mogą uzupełniać i kompensować braki w innych obszarach. Brak tych zasobów lub możliwości ich uzyskania (bezrobocie, złe warunki materialne) to dodatkowe obciążenia dla kobiet w ciąży i matek małych dzieci.

W większości przypadków proces radzenia sobie ze stresem nie jest świadomie kontrolowany. Dopiero, gdy pojawiają się problemy z uporaniem się z obciążeniami, kobiety zaczynają się zastanawiać, na którym etapie pojawia się trudność, jak, i do których zasobów sięgnąć. Poznawcza analiza pomaga podjąć decyzje dotyczące działania, szukania wsparcia, pomocy czy leczenia.

Bardzo istotną rolę w procesie radzenia sobie ze stresem ma edukacja na temat zaburzeń psychicznych w ogóle i problemów emocjonalnych w okresie okołoporodowym w szczególności. Wiedza na ten temat zmniejsza lęk, wiążący się u większości ludzi z pojęciem „zaburzenia psychiczne” i może poprawić skuteczność pomocy. Jest to szczególnie ważne w przypadku rodziny osoby, która nie radzi sobie w początkowym okresie macierzyństwa. Bliscy na ogół nie rozumieją, co się z nią dzieje i uważają, że kobieta powinna instynktownie radzić sobie z tak naturalnym stanem, jak macierzyństwo. Matka myśli podobnie i zwykle przeżywa silne poczucie winy, które utrudnia jej powrót do zdrowia. W aspekcie społecznym edukacja w dziedzinie możliwych zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego ma szansę zmniejszyć izolację społeczną osób z problemami i ich stygmatyzację.

3. Emocje w ciąży

W skali zdarzeń życiowych, określającej wielkość stresu i zwanej Skalą Ponownego Przystosowania Społecznego (*Social Readjustment Rating Scale – SRRS*), Thomas Holmes oraz jego współpracownicy między różnymi stresorami umieścili także ciążę (Holmes i Rahe 1967). Wyceniona ona została na 40 punktów w 100punktowej skali, tuż poniżej „zmiany stanu zdrowia członka rodziny” (44 punkty) i „odejścia na emeryturę” (45 punktów).

Pierwszym stresorem, z którym kobieta ciężarna ma do czynienia jest przypuszczenie (nadzieja, podejrzenie lub obawa), że jest w ciąży. Już na tym etapie zauważyć można różnice w stylu radzenia sobie. Osoby dobrze tolerujące niepewność i brak informacji zwlekają ze zrobieniem testu ciążowego czy pójściem do lekarza licząc, że z czasem wszystko się wyjaśni. Z kolei kobiety z dużą potrzebą kontroli, źle znoszące niejasne sytuacje, natychmiast chcą wyjaśnić wątpliwości. Rodzi się napięcie związane z możliwością zmiany sytuacji życiowej, niezależnie od tego, czy ciąża jest radosną wiadomością, czy wręcz przeciwnie. Nie jest możliwe, aby było to zdarzenie obojętne emocjonalnie; zwykle budzi ono uczucia co najmniej ambiwalentne.

Po potwierdzeniu ciąży przyszła matka doświadcza emocji nigdy dotąd nie przeżywanych, związanych między innymi z tym, czy ciąża:

- jest oczekiwana czy nie;
- jest pierwsza czy kolejna;
- jest owocem trwałego czy przelotnego związku.

Gdy ciąża była planowana lub spodziewana, przyszła matka cieszy się, ale też boi, jest podekscytowana, pełna mieszanych uczuć. Zdecydowanie więcej negatywnych emocji przeżywa kobieta całkowicie zaskoczona sytuacją. Kobiety uświadamiają sobie, że czekają je zmiany, ale nie wiedzą jakie; na tym etapie trudno im

sobie wyobrazić, co przyniesie przyszłość. Jeżeli zaskoczenie ciążą wiąże się z brakiem stałego partnera, niepokój o przyszłość nasila się, kobieta może się czuć zagubiona, obawia się czy poradzi sobie, może zastanawiać się, czy chce urodzić to dziecko. Zdecydowanie łatwiej jest kobiecie zaakceptować nieoczekiwaną ciążę, jeżeli jest w stałym związku. Szczególne emocje przeżywają młodociane ciężarne, dla których ciąża i macierzyństwo są wyjątkowo trudnym doświadczeniem z racji niedojrzałości emocjonalnej i fizycznej (Ciepuro 2005).

Jeśli jest to kolejna ciąża, to nie można przewidzieć, jaka będzie tym razem. Sytuacja – jak by na nią nie patrzeć – jest nowa. U kobiet, które miały złe doświadczenia z poprzednimi ciążami, pojawia się lęk, że problemy powtórzą się (Cote-Arsenault 2007). Przy dobrych doświadczeniach w przeszłości, wyobraźnia może podsuwać scenariusze, w których drugie lub kolejne dziecko zaburza ustalony już porządek i rytm dnia, a osamotniona matka miota się bezradna po domu.

Specyfiką tego momentu jest fakt, że kobieta konfrontuje się ze zmianą, a jeszcze silniej – z przewidywaniem zmiany („coś już się stało i jeszcze się stanie!”). Stres może wywoływać nie tylko sama trudność, a także jej wyobrażenie. Pierwszą świadomą refleksją „świeżej” ciężarnej bywa swoisty rachunek sumienia i przegląd niebezpieczeństw. Następuje próba szybkiego rzucenia palenia, liczenie, kiedy ostatni raz piła alkohol lub zażywała leki, które mogą być szkodliwe na początku ciąży. U niektórych kobiet pojawiają się obawy przed trwałą zmianą wyglądu. Lęk ten wiąże się zapewne z przekonaniem o zmniejszeniu atrakcyjności lub o jej całkowitej utracie w okresie ciąży, kiedy to kobieta na ogół nie jest postrzegana jako obiekt erotycznego zainteresowania. Obawy te mogą być potęgowane przez artykuły w czasopiśmie, kładące nacisk na zminimalizowanie niekorzystnego wpływu ciąży na wygląd ciała (rady, jak uniknąć rozstępów w ciąży, jak nie utyć, jak ładnie się ubierać).

W pierwszych dniach po stwierdzeniu, że jest w ciąży, kobieta na ogół nie myśli o tym, jak to może zmienić jej psychikę. Znacznie częściej zastanawia się, jak macierzyństwo wpłynie na jej sytuację rodzinną, zawodową czy interpersonalną. Radość miesza się z wizją końca wolności i kariery i nie musi to świadczyć o niedojrzałości i braku gotowości do bycia matką. Otoczenie często nie sprzyja spokojnemu podejściu do sprawy. Postrzeganie następných 9 miesięcy jako pasma wyrzeczeń dla dobra dziecka, sprowadza kobietę do roli „nosicielki płodu”, ale z kolei udawanie, że się nic nie stało („przecież ciąża to stan fizjologiczny, a ja mam dużo pracy”) nie świadczy o odpowiedzialności. Świadome rodzicielstwo wiąże się nierozzerwalnie z koniecznością rezygnacji z niektórych (ale przecież nie wszystkich) planów i przyzwyczajzeń, przynajmniej na jakiś czas, z innych nawet na zawsze. Większości rodziców udaje się to wcześniej czy później. Zaakceptowanie tej konieczności jest niełatwe, szczególnie na początku ciąży, ale permanentny żal za utraconą wolnością bardzo utrudnia odnalezienie gratyfikacji w nowej roli matki lub ojca.

Sama radość z faktu zajścia w ciążę, kiedy kobieta odczuwa pozytywny stres nazywany eustresem, także może ją rozchwiać emocjonalnie. Z praktyki klinicznej wiadomo, że silne pozytywne emocje bywają jedną z przyczyn problemów emocjonalnych. Kobieta, ciesząc się z ciąży, wszelkie negatywne emocje wypiera, ponieważ nie „pasują” do jej radości, i to może być przyczyną niepokoju, poczucia winy oraz nasilającej się ambiwalencji.

Tak więc, w pierwszym trymestrze ciąży, kobieta musi zaadaptować się do nowej sytuacji, poradzić sobie z mieszaniną sprzecznych emocji. Odczuwa radość, mieszącą się z lękiem. Z jednej strony doświadcza przyjemnej obserwacji tego, co dzieje się w organizmie, a z drugiej – zmęczenia i porannych nudności. Poczuciu spełnienia towarzyszą obawy przed poronieniem, radosnemu planowaniu przyszłości – natrętne myśli: „nie poradzę sobie”. Charakterystyczna dla tego okresu jest chwiejność.

Drugi trymestr jest znacznie spokojniejszy, maleje zagrożenie poronieniem, na ogół ustępują nudności poranne czy wymioty, zmniejsza się więc dyskomfort z tym związany, kobieta staje się silniejsza, energiczniejsza, bardziej pewna siebie. Przyszła matka czuje ruchy płodu i jest to w większości przypadków bardzo wzmacniające doświadczenie. Dla wielu kobiet bardzo istotny jest fizyczny aspekt bycia w ciąży. Teoretycznie wiedzą, że w ich macicy rośnie nowe życie, mogą je obejrzeć w książkach lub na USG, a uświadomienie sobie tego faktu może budzić zachwyt, oszołomienie, ale może też budzić niepokój. Dość często w tym okresie wzrasta u kobiety zainteresowanie seksem, które w pierwszym trymestrze w związku z fizycznymi dolegliwościami może być istotnie zmniejszone.

W trzecim trymestrze kobieta zaczyna przygotowywać się do porodu. W związku z przyrostem masy ciała i zwiększeniem obwodu brzucha, wraca zmęczenie, pojawiają się zaburzenia snu, libido znowu spada. Przyjemność mogą sprawiać zakupy związane z dzieckiem, urządzenie dla niego miejsca. Źródłem informacji na temat porodu i położnictwa stają się fora internetowe, które mogą spełniać dobrą rolę wspierającą, ale także bywają przyczyną wielu lęków, pojawiających się po przeczytaniu, mrożących krew w żyłach, opowieści. W tym okresie najlepszą metodą zmniejszenia niepokoju przez edukację jest szkoła rodzenia, w której mogą uczestniczyć przyszłe mamy i ojcowie.

Wykres stresu przeżywanego przez ciężarną przypomina sinusoidę. Pierwszy szczyt pobudzenia pojawia się po stwierdzeniu ciąży, potem następuje powolna adaptacja do sytuacji, wahania napięcia pojawiają się w zależności od przebiegu ciąży. Kolejny szczyt pojawia się wraz z lękiem przed zbliżającym się porodem.

4. Zaburzenia psychiczne w czasie ciąży

Okres okołoporodowy jest takim etapem w życiu kobiety, w którym kilkakrotnie wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych (ACOG Practice Bulletin 2008). Dla lekarza i położnej, sprawujących opiekę nad ciężarną, trudny do zidentyfikowania może być moment, kiedy wahania nastroju, drażliwość, czy zaburzenia snu przekraczają granicę normy typowej dla tego okresu i należy baczniej obserwować ciężarną lub też zaproponować jej kontakt z psychologiem. Przyszłe mamy często doświadczają lęku lub napięcia, okresowo miewają obniżony nastrój i ma to na ogół charakter przemijający, ale bywa że nasilenie i częstotliwość opisanych objawów nasuwa podejrzenie choroby psychicznej. Ginekolodzy rzadko korzystają z możliwości współpracy z psychiatrą, a praktycznie nie zdarza się w takich sytuacjach, by zasięgaliby porady psychoterapeuty. Podobnie psychiatrzy - gdy leczona przez nich kobieta zachodzi w ciążę, nie mają zwyczaju kontaktować się z jej ginekologiem. W przypadku pacjentek obciążonych dużą liczbą czynników ryzyka, wymagających szczególnej troski, współpraca multidyscyplinarna powinna być standardem.

Zaburzenia psychiczne mogą pojawić się jako:

- ▶ jedyny epizod ściśle związany z ciążą czy położeniem;
- ▶ pojawiający się okołoporodowo, pierwszy epizod startującego procesu chorobowego;
- ▶ nawrót przewlekłych zaburzeń.

Depresja to najczęstsze zaburzenie psychiczne występujące u kobiet. 25% kobiet w wieku rozrodczym cierpi na zaburzenia afektywne³, a ciąża i poród to jedne z głównych czynników sprzyjających

³Zaburzenia afektywne – grupa zaburzeń w których okresowo występują zaburzenia nastroju, emocji i aktywności, należą do nich różne rodzaje depresji, oraz tzw. zaburzenia dwubiegunowe, tj. depresje i manie.

wystąpieniu depresji. Szacuje się, że 10-16% kobiet w ciąży spełnia kryteria diagnostyczne depresji, w pierwszym trymestrze rozpowszechnienie depresji wynosi 7,4%, w drugim 12,8%, a w trzecim 12% (Steiner 1999). Objawy depresji w ciąży są typowe dla tego zaburzenia. Należą do nich:

- ▶ obniżony nastrój – pacjentka jest płacziwa, smutna lub rozdrażniona;
- ▶ zaburzony napęd – widoczny jest brak energii, spowolnienie lub pobudzenie, szybsze męczenie się;
- ▶ zaburzenia rytmów dobowych – kobieta skarży się na gorsze samopoczucie rano, pojawiają się zaburzenia snu: trudność w zasypianiu, sen przerywany lub nadmierna senność;
- ▶ zmiana łaknienia – obniżone lub wzmożone łaknienie, połączone z utratą lub przyrostem masy ciała;
- ▶ zaburzenia funkcji poznawczych – pacjentka zgłasza problemy w koncentracji uwagi, kłopoty z pamięcią;
- ▶ depresyjna ocena siebie i rzeczywistości – poczucie winy i bezwartościowości, obniżona samoocena;
- ▶ anhedonia, czyli utrata zdolności do przeżywania przyjemności – pacjentka nie jest w stanie się ucieszyć tym, co poprzednio ją radowało, widoczny jest spadek zainteresowań;
- ▶ lęki – występują stany lękowe „bez treści” lub lęki o ciążę, wyobrażanie sobie licznych zagrożeń;
- ▶ myśli samobójcze – kobieta myśli o bezsensie życia, o śmierci, snuje plany popełnienia samobójstwa.

Charakterystyczne dla zachowań kobiet, dotkniętych depresją okołoporodową, jest włączanie tematyki ciąży i dziecka w objawy. Lęki zwykle dotyczą przebiegu ciąży i stanu zdrowia dziecka, myśli depresyjne związane są z przewidywaniem porażek i powikłań. Wiele objawów jest przeoczanych u ciężarnych pacjentek, a nieleczona depresja wiąże się z większą liczbą powikłań ciążowych (poród przedwczesny, mała masa urodzeniowa noworodka) i poporodowych (Field 2001). Skutkiem tej choroby może być mały przyrost masy ciała matki (spowodowany złym odżywianiem), palenie

tytoniu, używanie alkoholu, środków psychoaktywnych i preparatów ziołowych w ramach samoleczenia, co niekorzystnie wpływa na stan noworodka. Uważa się, że dzieci kobiet z nieleczoną depresją ciężarnych są bardziej płacziwe i niespokojne, a w późniejszym życiu częściej same mają objawy lękowe i depresyjne, a także wymagają leczenia psychiatrycznego (Weissman 2006).

Zaburzenia lękowe również częściej występują w okresie okołoporodowym niż w innych etapach życia kobiety. Do tych zaburzeń należą:

- ▶ lęk napadowy – nawracające napady paniki, pojawiające się bez bodźca zewnętrznego, często z objawami wegetatywnymi: skokami ciśnienia, tachykardią, potami, drżeniem;
- ▶ nerwica natręctw OCD (*obsesive-compulsive disorder*) – natrętne myśli lub/i rytuały, które mogą dotyczyć każdego aspektu życia: higieny, odżywiania, bezpieczeństwa. W ciąży zwykle związane są z nią „tematycznie”;
- ▶ zespół lęku uogólnionego GAD (*generalized anxiety disorder*) – stałe, dokuczliwe, czasem falujące napięcie wewnętrzne i lęk;
- ▶ fobia społeczna – paraliżujący lęk przed kontaktami z ludźmi, szczególnie z grupą;
- ▶ fobie specyficzne (np. agorafobia – lęk otwartych przestrzeni, tokofobia – lęk przed porodem).

Zaburzenia lękowe uważane są za jeden z czynników odpowiedzialnych za niektóre powikłania ciążowe, jak poród przedwczesny, poród przedłużający się, kleszczowy, choć nie ma ewidentnie przekonujących danych, na występowanie bezpośredniego związku przyczynowo-skutkowego między nimi. Często obserwuje się współwystępowanie zaburzeń lękowych ze sobą lub z depresją, co dodatkowo wiksła przebieg ciąży (ACOG Practice Bulletin 2008).

Psychozy w ciąży jest to problem na szczęście dość rzadki, dotyczy zwykle kobiet już wcześniej chorujących i leczących się przewlekłe z powodu, np. schizofrenii. Choroba ta niesie duże

ryzyko powikłań położniczych, nieleczona może być zagrażać matce i dziecku - treści psychotyczne u chorej tematycznie wiążą się z ciążą, zwykle przeżywaną w sposób urojeniowy, np. kobieta uznaje że jest Matką Boską lub zaprzecza, że jest w ciąży i odmawia opieki ginekologicznej.

Leczenie w czasie ciąży

Opieka nad kobietą w ciąży, u której występują zaburzenia psychiczne wymaga współpracy ginekologa-położnika i psychiatry. W zaburzeniach nawracających optymalne jest zaplanowanie ciąży na okres stabilnej remisji objawowej i funkcjonalnej, odstawienie leków przed poczęciem i powrót do nich w drugiej połowie ciąży. W przypadku nieplanowanej ciąży, gdy dowiemy się o niej wcześniej, a kobieta stale zażywa leki, należy rozważyć, czy zrobić przerwę w leczeniu. Lekarze stoją przed dylematem: ochrona płodu w pierwszym trymestrze, a ryzyko pogorszenia stanu zdrowia psychicznego matki przy nagłym odstawieniu leków (jest ono duże). Jeżeli minęły już dwa miesiące ciąży należy kontynuować dotychczasowe leczenie, a przed porodem zmniejszać dawki do minimalnych skutecznych (Berle i in. 2004).

Podjęcie leczenia pierwszego epizodu zaburzeń psychicznych, który wystąpił w czasie ciąży, musi być poprzedzone:

- ▶ wnikliwą oceną stanu psychicznego pacjentki;
- ▶ rozważeniem skutków rozpoczęcia leczenia: potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z leczeniem;
- ▶ rozważeniem skutków zaniechania farmakoterapii i konsekwencji nieleczenia;
- ▶ analizą innych, nefarmakologicznych możliwości leczenia;
- ▶ omówieniem planu ewentualnego leczenia z ciężarną i jej rodziną.

Podawanie leków przeciwdepresyjnych to podstawowa metoda leczenia depresji w ciąży. Do innych metod należą: terapia elektrowstrząsowa, która jest bezpieczną i skuteczną alternatywą w

ciężkich depresjach, oraz psychoterapia, która w lżejszych przypadkach może być wystarczająca lub, w przypadku gdy jest stosowana w leczeniu skojarzeniowym, ułatwiać stosowanie mniejszych dawek leków (Rzewuska 2006).

Żaden z leków przeciwdepresyjnych nie zalicza się do grupy A wg klasyfikacji FDA, większość mieści się w kategorii C lub D (patrz: Aneks). W związku z tym wyboru leku dokonuje się w oparciu o:

- ▶ ocenę jego dotychczasowej skuteczności;
- ▶ dane o wpływie leku na rozwój płodu;
- ▶ informacje o jego działaniu toksycznym;
- ▶ wiedzę na temat objawów abstynencyjnych.

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych, działających na OUN (ośrodkowy układ nerwowy), wymaga szczególnego nadzoru, dostosowywania dawek oraz oceny stężenia leku w surowicy krwi. Zawsze należy stosować najniższe skuteczne dawki, dzielone na kilka porcji w ciągu doby. Należy unikać łączenia leków (politerapii) i wskazane jest stosowanie środków, zapobiegających toksycznemu działaniu leków (kwas foliowy, wit. K). Leków nie należy odstawiać nagle, wskazane jest stopniowe obniżanie dawki, a w ostatnich 2 tygodniach przed porodem należy maksymalnie zredukować dawkę leku (22).

W leczeniu zaburzeń lękowych należy unikać benzodwiazepin (benzodiazepin), do których należą preparaty, takie jak: Relanium, Lorafen, Cloraxen, Tranxene, Xanax, Afobam itp. Stosowanie benzodiazepin w pierwszym trymestrze może zwiększać ryzyko powstania rozszczepu podniebienia u dzieci. Podawanie ich jest przeciwwskazane także przed samym porodem, ponieważ u noworodków mogą wystąpić zaburzenia regulacji temperatury ciała, bezdech, obniżenie napięcia mięśniowego, zaburzenia ssania, niższa ocena w skali Apgar, zespoły odstawiennicze (Szajer i in. 2005). Przy zaburzeniach lękowych u ciężarnych metodą leczenia z wyboru jest psychoterapia. Szczególnie skuteczna, zwłaszcza w przypadku OCD (*obsessive-compulsive disorder*, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne)

lub fobii, jest terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy* CBT), nastawiona na poznawczą analizę i behawioralną kontrolę objawów. Warto zaproponować pacjentce kontakt z psychoterapeutką i dać jej szansę na opanowanie lęku w przebiegu terapii, zanim podejmie się decyzję o cesarskim cięciu, np. z powodu tokofobii.

Podawanie w ciąży leków psychotropowych i stabilizatorów nastroju, w tym litu i leków przeciwdrgawkowych, w leczeniu psychoz i zaburzeń dwubiegunowych, wymaga ścisłego nadzoru specjalistycznego psychiatrycznego i omówienie tych metod leczenia wykracza poza ramy tego opracowania.

Działania profilaktyczne wobec kobiety w ciąży – rady dla ginekologa-położnika i położnej
Zbierz dokładny wywiad (czasami należy przeznaczyć na to kilka kolejnych spotkań, aby uniknąć obcesowego wypytywania)
Zachęcaj pacjentkę do opowiadania o poprzednich ciążach i porodach – jest to istotne źródło informacji przydatnych do oceny ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych
Regularnie monitoruj czynniki ryzyka za pomocą Kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży” (patrz: Aneks)
Skontaktuj się (za zgodą pacjentki) z jej psychiatrą – jeżeli się leczy
Zaproponuj w razie wątpliwości konsultację psychiatryczną, doprowadź do niej i nawiąż kontakt z psychiatrą
Zachęcaj do korzystania z psychoterapii indywidualnej lub grupowej i innych niemedycznych form pomocy (grupy wsparcia dla kobiet w ciąży)
Zadbaj o edukację przyszłej matki – poleć jej szkołę rodzenia, lub indywidualne konsultacje z położną

5. Stany emocjonalne po porodzie

Urodzenie dziecka („pojawienie się nowego członka rodziny”), w wyżej wymienianej już skali Holmesa zostało sklasyfikowane na 39 punktów, podobnie jak „reorganizacja przedsiębiorstwa” (także 39 punktów), nieco powyżej „zmiany stanu finansów” (38 punktów) (Holmes i Rahe 1967). Poród, w przeciwieństwie do wielu innych stresorów, jest wydarzeniem wyjątkowym w życiu każdej kobiety, należy do tych, których nie zapomina się nigdy. Nawet wiele lat po porodzie matki wspominają ten moment przy różnych okazjach, takich jak ciąża w rodzinie lub wśród przyjaciół.

To, jak kobieta będzie się czuła w połogu, i jak odnajdzie się w roli matki i przystosuje się do macierzyństwa, zależy między innymi od tego, jaki będzie przebieg jej porodu oraz jego subiektywna ocena – czy zapamięta go jako ważne, pozytywne doświadczenie czy jako urazowe wydarzenie. Warunki porodu, procedury medyczne z nim związane oraz działania lub zaniechania personelu medycznego istotnie wpływają na przystosowanie do macierzyństwa (Kościelska 1998). Przygotowanie do porodu w szkole rodzenia daje podstawowe informacje i może wpływać na poczucie kompetencji rodzących i matek. Edukacja przedporodowa w formie szkoły rodzenia powinna znajdować się w podstawowym standardzie opieki nad ciężarną.

Poród, mimo że zwykle nie wiąże się z patologią, w naszej kulturze jest traktowany jako wydarzenie medyczne i w większości przypadków odbywa się w szpitalu. Akceptując ten stan rzeczy, należy brać pod uwagę, że kobiety rodzące to z jednej strony „pacjentki”, ale przecież, na ogół, nie „chore”. Zgłosiły się do szpitala w „sprawie fizjologicznej”, do porodu, bo taka jest praktyka. Liczne zabiegi dokonywane w czasie porodu, często niezrozumiałe dla rodzącej, unieruchomienie i obnażenie kobiety, zmieniający się personel (z powodów organizacyjnych i przepisów prawa pracy – brak jednej osoby, która będzie prowadzić poród od początku do końca), powodują, że często oprócz

podekscytowania i radości z faktu, że właśnie staje się matką, kobieta odczuwa lęk, poczucie bezradności i całkowitej zależności, upokorzenie a nawet wstyd. Podmiotowe traktowanie pacjentki, przestrzeganie jej prawa do samostanowienia, wspieranie jej podczas porodu pozwoli uniknąć niepotrzebnego napięcia i przyczyni się do lepszej współpracy kobiety z personelem medycznym.

Istotne jest też, czy poród odbędzie się drogami natury czy przez cesarskie cięcie (Boyce 1992). Cesarskie cięcie matka może potraktować jako porażkę: „nie byłam w stanie urodzić, zrobili to za mnie...” lub jako luksus: „nie bolało”. Podobnie poród drogami natury może być dla kobiety traumą: „nie udało mi się wywalczyć cesarki...”, lub powodem do satysfakcji i zadowolenia z siebie: „poradziłam sobie...”. Bardzo istotny dla budowania relacji rodzicielskiej jest pierwszy fizyczny kontakt matki z dzieckiem, dlatego kobiety należy zachęcać do kontaktu z noworodkiem zaraz po urodzeniu, np. przez wspieranie próby przystawienia do piersi (Kościelska 1998, Oslislo, Otffinowska 2008).

Źródłem stresu podczas porodu i po porodzie są zmiany w wielu aspektach życia kobiety:

► zmiany biologiczne:

1. wysiłek fizyczny, ból, zmniejszenie objętości krwi krążącej, spadek masy ciała – podczas porodu, stanowiącego duże obciążenie dla organizmu kobiety;
2. gwałtowne zmiany hormonalne:
 - a. spadek poziomu hormonów płciowych – progesteronów, estrogenów – co prawda nie stwierdzono niepodważalnie ich jednoznacznego wpływu na pojawienie się depresji poporodowej, ale podejmowane próby jej leczenia estrogenami były skuteczne;
 - b. wyższy poziom hormonów tarczycy i kortykosterydów – badania nie odpowiadają jednoznacznie na pytanie o wpływ tych hormonów na etiologię depresji poporodowej;
3. laktacja, nawał mleczny i dolegliwości z tym związane (pękające brodawki, obrzęk piersi itp.);

4. zmęczenie, brak snu lub sen przerywany z powodu aktywności dziecka.

► zmiany psychiczne:

1. zmiany w sposobie przeżywania, nowe emocje;
2. konieczność korekty planów życiowych i systemu wartości, inna ocena rzeczywistości;
3. chwiejność emocjonalna – w połogu kobiety są bardziej labilne emocjonalnie, ze skłonnością zarówno do wzmożonego, jak i obniżonego nastroju lub z drażliwością;
4. silna psychiczna więź pomiędzy matką i dzieckiem, wiążąca się z intensywnym odczuwaniem pozytywnych emocji („eustres”), dająca poczucie siły i odporność na stres. Pojawienie się tej więzi stanowi nowe przeżycie dla matki, wzmacniane działaniem oksytocyny wydzielanej podczas karmienia piersią (jest to hormonalne podłoże postawy macierzyńskiej – z badań na samicach zwierząt wynika, że pozbawione oksytocyny samice wykazują słabsze zachowania macierzyńskie w porównaniu do grupy kontrolnej);
5. zmiana seksualności – zmniejszone libido może wpływać na relacje z partnerem, a także być powodem niepokoju obojga rodziców;
6. postawa wobec karmienia piersią:
 - a. Udane, przebiegające bez większych trudności karmienie, także może stanowić źródło stresu, np. gdy matka zaangażuje się, zaniebując swoje potrzeby. Może pojawić się wtedy poczucie uwiązania oraz, nie zawsze świadoma, złość na dziecko. W innych przypadkach przeciwnie, gratyfikacja związana z poczuciem symbiozy z niemowlęciem może być tak silna, że utrudnia rozpoczęcie we właściwym momencie procesu separacji i zaprzestania karmienia dziecka;
 - b. Nacisk na korzyści, wynikające z naturalnego karmienia i kampania na rzecz karmienia piersią powoduje, że kobiety, które z różnych powodów nie są w stanie realizować tego modelu, czują się niepełnowartościowe i niespełnione w roli matki. U części kobiet, karmiących sztucznie, występuje obniżenie nastroju, związane z przeżywaniem porażki i poczuciem winy;

c. Podczas karmienia, część kobiet odczuwa doznania seksualne, co może być źródłem wstydu i zakłopotania. Obawa przed ujawnieniem takich doznań powoduje wzrost napięcia i lęk.

► **zmiany relacji z otoczeniem:**

1. pojawienie się nowych obowiązków, zmiana planu dnia oraz ryt-mów dobowych;
2. zmiana roli kobiety w rodzinie własnej (z żony – matka, z mamy jedynaka – mama rywalizującego rodzeństwa), jak i pochodzenia (z córki – matka);
3. konfrontacja z przekazami („skryptami”) rodzinnymi, dotyczą-cymi macierzyństwa, porównywanie modelu, jaki obowiązywał w rodzinie pochodzenia z planami co do własnej rodziny;
4. zmiana sytuacji społecznej i życiowej – kobieta przestaje być ciężar-ną, otaczaną troską i opieką („ciężarnej się nie odmawia...”), a zosta-je matką, którą często traktuje się jako osobę nieudolną, wymagającą kontroli (wizyty patronażowe położnej i pielęgniarki, pouczenia i rady ze strony rodziny, znajomych, a nawet obcych osób);
5. zmiana sytuacji materialnej i zawodowej, zmniejszenie dochodów, obawy o możliwości powrotu do pracy lub znalezienia innej, uza-sadnione sytuacją na rynku pracy. Ojciec małego dziecka przez pracodawców jest postrzegany jako bardziej atrakcyjny, bo dojrzały i dążący do stabilizacji, matka zaś przeciwnie – jako potencjalnie czę-sto nieobecna w pracy, skoncentrowana na opiece nad dzieckiem.

Kolejnym źródłem stresu dla matki małego dziecka jest **konfron-tacja** oczekiwań z rzeczywistością, poczucie, że „nie tak miało być...”. W porównaniu z wyidealizowanym, medialnym obrazem szczęśliwe-go macierzyństwa, realizowanego przez piękne modelki, nieprzerywa-jące swoich występów na wybiegach, z dzieckiem i nianią za kulisami, lub w zestawieniu z kobietami sukcesu, które po zbudowaniu sukcesu własnej firmy, teraz realizują się jako matki i w tej roli sprawdzają się równie doskonale, przeciętna kobieta może uznać, że sama jest „do niczego, bo ani tak nie wygląda, ani tak się nie czuje”. Wobec tego konieczna jest weryfikacja własnych oczekiwań i wyobrażeń na temat

macierzyństwa oraz lęków z nim związanych, uznanie, że nie jest ono jedynie pasmem pozytywnych doświadczeń. Zdarza się także, że kobieta nastawiona lękowo do macierzyństwa z ulgą konstatuje, że daje sobie radę i nie jest tak źle, jak się obawiała.

5. a) *Baby blues*

Specyficznym i dość powszechnym problemem, związanym z tym etapem, jest **smutek poporodowy** (przygnębienie poporodo-we, *postpartum blues*, *baby blues*). Występuje u około 50-80% kobiet, pojawia się zwykle w okresie nawału mlecznego, nasilenie objawów ma miejsce w 5.-6. dniu po porodzie, trwa od około 10 dni do 2 tygo-dni, czasem przedłuża się do miesiąca (Steiner 1999). Mieści się, w klinicznym sensie, w obszarze subdepresji.

Objawy *baby blues*:

- zmienność nastrojów;
- poczucie zmęczenia;
- płaczliwość, smutek;
- drażliwość;
- nerwowość;
- zakłopotanie.

Objawy te na ogół poważnie nie wpływają na zdolność młodej matki do prawidłowego funkcjonowania, pogarszają natomiast jakość jej życia. Macierzyństwo nie przynosi oczekiwanych i natu-ralnych gratyfikacji – jak przeżywanie przyjemności z obcowania z dzieckiem czy przy karmieniu piersią. Matki czują się niekom-petentne, zagubione, „wyrodne”, winne temu, że nie czują w pełni miłości do niemowlęcia. Stan ten nie wymaga leczenia farmakolo-gicznego, wystarcza wsparcie rodziny i bliskich, na ogół ustępuje samoistnie. Z tego powodu nie jest w kręgu zainteresowań profes-jonalistów i klinicystów, bywa lekceważony przez lekarzy, położne, a także same matki i ich rodziny. Konieczna jest zmiana postawy wobec tego zaburzenia, między innymi dlatego, że:

- ▶ z niejasnych do końca przyczyn, u części kobiet z *baby blues* rozwija się pełnoobjawowy obraz depresji, a podjęcie działań terapeutycznych w tym okresie może mieć znaczenie profilaktyczne dla depresji poporodowej (Hannah 1992);
- ▶ stan psychiczny matki wpływa na wczesną relację matka-dziecko, co ma bardzo istotne znaczenie dla późniejszego rozwoju dziecka.

Postępowanie w przypadku wystąpienia baby blues

Pomoc w tego rodzaju problemach polega głównie na działaniach edukacyjnych, stosowanych wobec pacjentki i jej rodziny oraz na udzielaniu wsparcia. Zadaniem lekarza czy położnej jest udzielenie wyczerpującej informacji pacjentce i jej rodzinie na temat natury tych zaburzeń i uspokojenie ich. Potrzebna jest też zwykle porada, jak postępować, aby objawy się nie nasilały i podanie kontaktu do organizacji, zajmujących się tą problematyką. Należy zwrócić uwagę bliskich pacjentki na konieczność odciążenia jej w obowiązkach, umożliwienia odpoczynku, gdy dziecko śpi, utwierdzenia kobiety w tym, że jest dobrą mamą dla swojego dziecka. Warto także wesprzeć rodziców, zwłaszcza gdy jest to ich pierwsze dziecko, w nauce pielęgnacji oraz zadbać o pomoc konsultanta laktacyjnego, w przypadku wystąpienia problemów z laktacją.

Rolę edukacyjną oraz dostarczającą wsparcia spełniają także wszelkie grupy samopomocowe i wsparciowe oraz telefon zaufania czy fora internetowe. Kobieta, korzystająca z tej formy pomocy, doświadcza poczucia więzi z innymi matkami, nie czuje się osamotniona i nierozumiana w swoich problemach, znajduje grupę odniesienia, czasem może usłyszeć konkretne rady.

Niekiedy wskazana jest konsultacja z psychoterapeutą przeznaczona indywidualnie dla pacjentki, dla pary rodziców lub dla całej rodziny. Nie powinno się bagatelizować przygnębienia poporodowego, ponieważ u niektórych kobiet zwiększa ono ryzyko rozwinięcia się depresji poporodowej (Hannah 1992). Pacjentkę w połogu należy więc bacznie obserwować pod względem możliwości powikłań.

6. Poporodowe zaburzenia psychiczne

Występowanie zaburzeń nastroju u kobiet w okresie poporodowym odnotowywane było już w czasach Hipokratesa, a w XIX wieku powstały pierwsze prace naukowe, dotyczące poporodowych zaburzeń nastroju. Kobiety w ciąży i matki stają się mniej odporne i bardziej podatne na stres, w okresie tym kilkakrotnie wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych.

Ostatnio, między innymi na skutek skądinąd słusznej i bardzo pozytywnej akcji informacyjnej w mediach („Depresja to choroba – lecz depresję”), pojawiła się skłonność do nadużywania rozpoznania depresji. Depresja jest chorobą, która występuje wprawdzie częściej niż inne zaburzenia psychiczne, ale ma wyraźną dynamikę i objawy, oraz wymaga leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Natomiast objawy depresyjne i lękowe mogą występować w różnych stanach psychicznych, także związanych z procesem radzenia sobie z nową, trudną sytuacją, jaką jest ciąża, poród czy wczesne macierzyństwo, i fakt występowania tych objawów nie musi świadczyć o depresji.

Istnieją dowody na genetyczne uwarunkowanie ujawnienia się tych zaburzeń u ciężarnych, które są w pierwszej linii spokrewnione z kobietami, które miały w przeszłości zaburzenia poporodowe (Steiner 1999). Wychodząc natomiast z założenia, że zmiany psychiczne występują w tym samym okresie, co zmiany hormonalne, związane z ciążą i porodem, przeprowadzono szereg badań, mających na celu udowodnienie związku przyczynowo-skutkowego między wahaniami wydzielania hormonów a wystąpieniem zaburzeń psychicznych u kobiety. Brano pod uwagę zmiany stężenia hormonów gonadowych, prolaktyny, hormonów tarczycy i nadnerczy (kortyzolu), jednak wyniki badań nie są jednoznaczne (Olde 2006).

Trwają prace nad ujawnieniem zależności między systemem serotonergicznym⁴ a hormonami gonadowymi w okresie ciąży i po porodzie. Sugeruje się, że poporodowy spadek stężenia hormonów gonadowych, może spowodować zmiany systemu serotonergicznego u pacjentek szczególnie wrażliwych albo genetycznie predysponowanych, a tym samym doprowadzić do zaburzeń nastroju. Wiadomo, że występowanie poporodowych zaburzeń emocjonalnych u matki wpływa na późniejszy rozwój dziecka (Cogill i in. 1986). Jedną z koncepcji, tłumaczących ten fakt, jest uznanie, że zaburzenia emocjonalne u matki negatywnie wpływają na wczesną relację pary matka-dziecko, a relacja ta i jej prawidłowa ewolucja ma szczególne znaczenie dla funkcjonowania poznawczego, rozwoju psychicznego i dojrzewania dziecka. Tak więc zapobieganie i leczenie depresji poporodowej czy PTSD, ma znaczenie profilaktyczne dla przyszłych ewentualnych zaburzeń, które mogą się rozwinąć u dzieci w ich dalszym życiu. Profilaktyczną funkcję spełniają edukacja i wsparcie, a więc: szkoły rodzenia, grupy wsparcia dla ciężarnych i dla matek, poradniki dla kobiet w ciąży i matek małych dzieci. Profilaktyka depresji poporodowej polega także na leczeniu depresji w ciąży, jeżeli wtedy wystąpiła, tak więc monitorowanie czynników ryzyka od początku ciąży jest bardzo wskazane.

6. a) Depresja poporodowa (postpartum depression)

Depresja poporodowa występuje u 10-20% matek małych dzieci, pojawia się na przełomie pierwszego i drugiego miesiąca życia dziecka (Steiner 1999). Ponieważ niejednoznaczna jest etiologia, klasyfikacja depresji poporodowych także nie jest jednolita. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji chorób (ICD-10), depresja poporodowa nie występuje jako odrębna jednostka chorobowa, rozpoznaje się ją, gdy pojawi się do 6 tygodni po porodzie. Zalicza się ją do zaburzeń depresyjnych o podłożu somatycznym, z podkreśleniem wagi czynników reaktywnych, genetycznych i psychospołecznych.

⁴System serotonergiczny – system w Ośrodkowym Układzie Nerwowym odpowiedzialny za patogenezę zaburzeń lękowych i depresyjnych, główną rolę odgrywa w nim neuroprzebieżnik - serotonina.

Czynniki ryzyka depresji poporodowej można podzielić na trzy grupy (Boyce 2003, Hannah 1992):

Psychiatryczne	Związane z ciążą	Psychospołeczne
<ul style="list-style-type: none"> ▶ depresja w rodzinie; ▶ przebyta DPP – 35-50% ryzyko nawrotu przy następnej ciąży; ▶ inne zespoły depresyjne: w przebiegu CHAJ – 30% ryzyko, CHAD 25-60 %; ▶ stan euforyczny po porodzie – 10% kobiet rozwija DPP; ▶ objawy BB – 70% kobiet z DPP wcześniej przeżyło BB. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ niechciana ciąża; ▶ ciąża zagrożona; ▶ traumatyczne doświadczenia w poprzednich ciążach; ▶ ciężki lub urazowy poród. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży; ▶ samotne macierzyństwo; ▶ złe relacje z matką; ▶ problemy finansowe; ▶ złe relacje w rodzinie.

BB – Baby blues, DPP – depresja poporodowa, CHAJ – choroba afektywna jednobiegunowa, CHAD – choroba afektywna dwubiegunowa.

Depresja poporodowa może jednak dotknąć i te kobiety, które przed urodzeniem dziecka dobrze sobie radziły i nie miały żadnych poważniejszych emocjonalnych problemów, więc nie znajdowały się w żadnej z grup ryzyka. Z drugiej strony nie wszystkie matki z grup ryzyka zachorują na depresję.

Objawy depresji poporodowej to w dużej części typowe objawy depresyjne, takie jak w innego rodzaju zaburzeniach afektywnych (Puzyński 2002):

- ▶ stały nastrój przygnębienia – kobiety zwykle przeżywają smutek, ale w poważniejszych przypadkach zdarza się też poczucie braku emocji (*anaesthesia dolorosa*);
- ▶ negatywne myśli – depresyjna ocena rzeczywistości, wszystkie wydarzenia interpretowane są jako niepomysłne, groźne lub szkodliwe;
- ▶ poczucie beznadziejności – matka deklaruje brak nadziei na zmianę i poprawę samopoczucia;
- ▶ poczucie winy – postrzeganie siebie w negatywnym świetle, przeświadczenie kobiety, że do niczego się nie nadaje albo, iż ponosi całą winę za to, że jest chora;

- ▶ złe samopoczucie fizyczne, bolesność ciała (piersi, pleców, głowy, brzucha) bez wyraźnej somatycznej przyczyny, hipochondria;
- ▶ znaczne osłabienie energii życiowej – stałe uczucie zmęczenia; pogorszenie koncentracji lub/i zdolności do podejmowania decyzji;
- ▶ bierność, wynikająca ze zmęczenia lub z problemów z podejmowaniem decyzji;
- ▶ anhedonia – niezdolność do przeżywania radości;
- ▶ zaburzenia snu: trudności w zasypianiu, wczesne budzenie się, sen przerywany lub ucieczka w sen i nadmierna senność;
- ▶ zaburzenia łaknienia: utrata apetytu, co z kolei może pogłębić problemy ze zmęczeniem i drażliwością lub wzmożone łaknienie – niektóre kobiety jedzą, żeby czuć się lepiej, a następnie czują się źle z powodu przybieranych kilogramów;
- ▶ niepokój i ciągłe pobudzenie;
- ▶ drażliwość, szczególnie w stosunku do najbliższych;
- ▶ izolowanie się i unikanie kontaktów;
- ▶ myśli samobójcze – wyobrażenia na ten temat i plany popełnienia samobójstwa.

Obserwowana jest także specyficzna grupa objawów związanych bezpośrednio z macierzyństwem i relacją z nowo narodzonym dzieckiem:

- ▶ poczucie bezwartościowości w roli matki.
- ▶ zaburzony kontakt z niemowlęciem:
 - przewrażliwienie na punkcie jego zdrowia i rozwoju, wyolbrzymianie drobnych trudności (zamartwianie się o karmienie, sen, płacz), sprawdzanie, czy dziecko śpi, nasłuchiwanie, czy oddycha;
 - obojętność wobec potrzeb potomstwa;
 - trudność w odczytaniu i zrozumieniu sygnałów wysyłanych przez dziecko;
 - postrzeganie dziecka jako wyjątkowo kłopotliwego;
 - rozdrażnienie i lęk w kontakcie z dzieckiem;
 - brak odczuwania przyjemności – pozytywnego wzmocnienia przy zajmowaniu się dzieckiem;
 - niemożność zająć się niemowlęciem lub opiekowanie się nim w sposób mechaniczny;

- chęć oddania dziecka z poczucia braku kompetencji.
- ▶ nawracające myśli o śmierci własnej lub/i dziecka.

U wszystkich kobiet, cierpiących na depresję poporodową, konieczne jest wnikliwe zebranie wywiadu internistycznego oraz badanie fizykalne. Ważna jest ocena czynności tarczycy, ponieważ zarówno niedoczynność, jak i nadczynność tego gruczołu, mają duży wpływ na nastrój.

Leczenie depresji poporodowej

Pierwszym krokiem jest podjęcie decyzji, gdzie leczenie ma być prowadzone: w domu czy w szpitalu. W Polsce nie istnieją jeszcze ośrodki, w których możliwa byłaby hospitalizacja matki z dzieckiem. Decyzja o skierowaniu pacjentki do szpitala w naszych warunkach wiąże się więc z dodatkową traumą dla matki i dziecka, jaką jest rozstanie, wymaga zatem dokładnego rozważenia okoliczności. Niestety, czasem jest konieczna, np. gdy istnieje duże ryzyko samobójstwa czy nawet samobójstwa rozszerzonego. Najistotniejsze dla podjęcia tej decyzji, poza oceną nasilenia objawów depresji, jest ocena możliwości współpracy z rodziną i zapewnienia wsparcia terapeutycznego.

U kobiet z potwierdzonym rozpoznaniem depresji poporodowej, wskazane jest leczenie lekami przeciwdepresyjnymi (ACOG Practice Bulletin 2008). Sugeruje się rozpoczęcie terapii od podania selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), ponieważ leki te charakteryzują się niskim ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych. Jeżeli jednak w przeszłości chora pozytywnie zareagowała na leczenie innym lekiem przeciwdepresyjnym, powinien być on ponownie zastosowany. Ze względu na podwyższoną wrażliwość młodych matek na wystąpienie działań niepożądanych leków, zaleca się stosowanie wyjściowej dawki o połowę mniejszej niż u innych chorych. Jeżeli skuteczne jest leczenie wstępną dawką przez 6-8 tyg., powinno być kontynuowane przez następne 6 miesięcy, tzn. do czasu całkowitego wyleczenia. Jeżeli po 6 tyg.

nie zostanie uzyskana poprawa stanu psychicznego, konieczna jest zmiana leków. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) są lekami drugiego rzutu w terapii depresji poporodowej. Średni czas trwania nieleczonej depresji poporodowej wynosi 7 mies. Szacuje się, że u 50-85% chorych epizody depresji mogą się powtórzyć po przerwaniu leczenia. Dlatego długotrwała terapia powinna być stosowana u kobiet z 3 lub więcej epizodami depresji w przeszłości.

Farmakoterapia a karmienie piersią

Leczenie farmakologiczne przy karmieniu piersią wiąże się z wyborem między potencjalnym ryzykiem dla dziecka, jakim jest podawanie leków jego matce, a zagrożeniem, jakie wiąże się z jej nieleczeniem (ACOG Practice Bulletin 2008). Wielu psychiatrów i pediatrów uważa, że konieczność podjęcia leczenia przeciwdepresyjnego u matki stanowi wskazanie do odstawienia dziecka od piersi, ze względu na możliwy szkodliwy wpływ leków na niemowlę. Z oczywistych przeciwwskazań etycznych nie można przeprowadzać badań klinicznych w pełnym tego słowa rozumieniu (podwójnie ślepa próba, podawanie placebo i porównanie jego skuteczności z lekiem badanym, dawki od maksymalnych do minimalnych) nad podawaniem leków przeciwdepresyjnych przy laktacji. W wielu ośrodkach na świecie podejmuje się jednak próby leczenia pewnej liczby przypadków matek depresyjnych karmiących piersią, zakładając, że większą korzyścią dla dziecka będzie utrzymanie laktacji i leczenie matki (Burt 2001, Misri 2000, Berle 2004, Epperson 2003). Przy wyborze leku można posiłkować się kategoriami ryzyka podawania leków w trakcie karmienia piersią (Hale 2004), które klasyfikują leki na pięć grup – od tych najbezpieczniejszych (L1), do przeciwwskazanych (L5) (patrz: Aneks).

Decyzja o podjęciu leczenia powinna zostać podjęta świadomie przez kobietę, a także jej partnera. Propozycja lekarza, po indywidualnej analizie przypadku, powinna być poparta rzetelnym przedstawieniem wszystkich „za i przeciw”. Niekiedy kobiety karmiące chcą przeczekać pierwszy okres i podjąć leczenie, gdy dziecko będzie

nieco starsze. Można się na to zdecydować przy dobrej współpracy z matką, rodziną i przy możliwości wsparcia terapeutycznego. Dość często pacjentki decydują się na podjęcie farmakoterapii, nie przerywając laktacji, bacznie obserwując dziecko. W takim przypadku leki powinny być podawane w najmniejszej skutecznej dawce, przed najdłuższą przerwą w karmieniu, wskazane jest częste monitorowanie stanu matki i dziecka. Jako dość bezpieczne oceniane są niektóre z leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI (Misri 2000, Berle 2004).

Czasem kobiety z depresją poporodową nie czują się na siłach karmić piersią, a nie są w stanie same z tego zrezygnować, w związku z prężnym poczuciem winy, który to objaw mieści się w obrazie depresji. Wtedy przyjmują z ulgą zalecenie odstawienia od piersi. Warto pod tym kątem przyjrzeć się temu problemowi i rozważyć korzyści i koszty utrzymania laktacji. Jeśli leki pierwszego rzutu są nieskuteczne i trzeba włączyć silniejsze, ale też bardziej toksyczne, ze wskazań medycznych należy przerwać laktację oraz odstawić dziecko od piersi.

Psychoterapia

Psychoterapia jest ważnym elementem leczenia depresji poporodowej. W ogólnym podejściu do depresji uważa się, że najbardziej efektywne jest leczenie skojarzone, łączące podawanie leków z psychoterapią. Leki wprawdzie pomagają uporać się z objawami depresji, ale nie rozwiązują wielu problemów z nią związanych. Kobieta, u której już ustąpiły objawy depresji poporodowej, zwykle musi jeszcze stawić czoła innym aspektom choroby – np. swojemu poczuciu winy wobec dziecka, czy konieczności pogodzenia się z ingerencją bliskich w jej życie. Stała kontrola sprawowana przez bliskich albo wypominanie świeżo upieczonej mamie poświęcenia, jakie wiąże się z opieką nad nią, mogą być dla kobiety źródłem poważnego stresu i utrudniać jej powrót do pełni zdrowia. Psychoterapia także może spełniać funkcję profilaktyczną przed przyszłymi okołoporodowymi zaburzeniami nastroju. O formie i rodzaju psychoterapii decyduje kobieta wspólnie z terapeutą na wstępnej konsultacji. Czasem

wystarcza krótkoterminowa interwencja kryzysowa (10-20 sesji), ale są sytuacje wymagające dłuższej psychoterapii (do 2 lat). Niestety obecnie psychoterapia indywidualna w małym stopniu jest refundowana przez NFZ, jej dostępność jest więc ograniczona. Pomocne i bardziej dostępne są grupy wsparcia dla matek małych dzieci powstające przy różnych organizacjach pomocowych lub spontanicznie – z oddolnej inicjatywy.

6. b) Zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD)

Zaburzenia stresowe pourazowe (*Posttraumatic Stress Disorder*, PTSD) występują w 1,5% do 5,6% przypadków. Ich etiologia jest wieloczynnikowa, za wystąpienie tego specyficznego zespołu odpowiadają (Ballard 1995):

- ▶ natężenie i siła stresu związanego z porodem;
- ▶ zmienne biologiczne (specyficzne cechy ośrodkowego układu nerwowego [OUN] i zmiany hormonalne);
- ▶ zmienne psychologiczne (cechy osobowości, umiejętności społeczne).

PTSD to lękowe zaburzenie, występujące po zdarzeniu, które było psychicznie wyczerpujące i traumatyczne, takie jak klęska żywiołowa, wypadek, wojna, gwałt, czy poród. Objawy obejmują:

- ▶ ponowne przeżywanie urazów w snach – koszmarne sny, dotyczące porodu i związanych z nim okoliczności;
- ▶ powracające myśli i obrazy – wspomnienia porodu o charakterze intruzywnym;
- ▶ pewien rodzaj psychicznego odrętwienia przy współwystępowaniu zmniejszenia uczucia zaangażowania w sprawy otaczającego świata;
- ▶ wzmożenie reakcji przestachu;
- ▶ zaburzenia poznawcze (luki pamięciowe, które przybierają postać psychogennej amnezji, trudności w koncentracji uwagi);
- ▶ ponowne przeżywanie porodu (flashback, halucynacje, iluzje, także przysenne);

- ▶ intensywną reakcją na zewnętrzne czynniki lub wewnętrzne objawy, przypominające lub symbolizujące uraz – poród;
- ▶ unikanie okoliczności, przypominających poród;
- ▶ dystres – wtórny stres związany z wyżej opisanymi wtargnięciami, czyli natrętnymi wspomnieniami, snami i ponownym przeżywaniem porodu;
- ▶ zaburzenia snu;
- ▶ rozdrażnienie;
- ▶ wybuchy gniewu;
- ▶ nadmierną czujność.

Zwykle w diagnozie psychiatrycznej termin ten stosuje się, gdy objawy trwają co najmniej przez miesiąc. Jeśli występują krócej, wówczas zaburzenie to nosi nazwę **ostrej reakcji na stres**. Cechą charakterystyczną PTSD jest fakt długotrwałego występowania reakcji po pewnym okresie inkubacji objawów, tak więc objawy PTSD mogą występować długo – nawet kilka lat po porodzie. Rozpoznanie to dotyczy kobiet, które na widok białego czy zielonego fartucha lekarskiego dostają napadu lęku, nie są w stanie przejechać w pobliżu szpitala, w którym rodziły, boją się pójść do ginekologa na badanie kontrolne, nadmiernie reagują na sytuacje podobne do sytuacji porodu (np. na fotelu dentystycznym), stale wspominają poród i nie mogą przestać o nim mówić, obiecują sobie „nigdy więcej” i planują cesarskie cięcie jeszcze zanim znajdą w kolejną ciążę.

Badania tego zjawiska wyraźnie wskazują, że przeżywany stres może powodować powstanie zaburzeń psychicznych. Istnieją doniesienia, wskazujące na występowanie PTSD jako skutku traumatycznego porodu, gdzie istotnymi czynnikami, sprzyjającymi pojawieniu się zaburzeń z tej grupy, były:

- ▶ ból doznawany w trakcie porodu;
- ▶ utrata poczucia kontroli nad sytuacją;
- ▶ brak wsparcia rodziny (partnera, rodziców);
- ▶ brak wsparcia personelu medycznego (Söderquist 2002).

Na rozwój PTSD może wpływać także sposób widzenia świata, samoocena kobiety, jej dojrzałość, poprzednie doświadczenia w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach i z poczuciem bezradności. Wymienia się także czynniki psychospołeczne, takie jak wadliwa sieć wsparcia społecznego lub jego brak, trudne warunki materialne, samotne macierzyństwo, nieplanowana ciąża, trudne relacje w rodzinie (Reynolds 1997).

Leczenie PTSD

Tylko część kobiet z objawami PTSD po porodzie trafia do leczenia specjalistycznego, wiele z nich próbuje poradzić sobie, szukając wsparcia wśród bliskich, ale taka forma pomocy zazwyczaj nie jest wystarczająca. Metodą leczenia z wyboru jest praca nad traumą porodu podczas psychoterapii. W trudniejszych czy powikłanych przypadkach stosuje się leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe. Bardzo istotną rolę odgrywają wszelkie grupowe formy terapeutyczne, jak bardziej lub mniej formalne grupy wsparcia dla matek z małymi dziećmi, psychoterapia grupowa.

6. c) Psychoza poporodowa

Psychoza poporodowa (połogowa) występuje u 0,1-0,2% kobiet. Początek choroby zwykle przypada na pierwsze 2 tygodnie po porodzie. Obraz psychopatologiczny jest mieszany, możliwy jest jej gwałtowny przebieg (Meder 2003). Do czynników, sprzyjających wystąpieniu psychozy w tym okresie, należą pierworództwo oraz występowanie choroby psychicznej w przeszłości lub w rodzinie. Występowanie niżej wymienionych objawów może świadczyć o rozwijającej się psychozie, więc jeżeli stwierdzimy, że pacjentka:

- ▶ jest w obniżonym lub podwyższonym nastroju, płacze lub śmieje się nieadekwatnie do sytuacji;
- ▶ ma zaburzenia snu – nie śpi w nocy;
- ▶ ma zaburzenia łaknienia, prawie nie je;
- ▶ jest pobudzona, bezładnie przemieszcza się w swoim otoczeniu;
- ▶ jej zachowanie jest niezrozumiałe, wykonuje różne niepotrzebne

rzeczy, nagle krzyczy, wychodzi z domu nieadekwatnie ubrana, nie poznaje osób bliskich;

- ▶ przeżywa silny niepokój i lęk, chowa się przed ludźmi;
- ▶ wypowiada treści urojeniowe np. że pójdzie do więzienia, bo nie dość dobrze zajmuje się dzieckiem, albo że ciągle jest w ciąży i wcale jeszcze nie urodziła, a to nie jest jej dziecko, lub że ktoś chce ukraść jej synka lub córeczkę;
- ▶ halucynuje – rozmawia z nieistniejącymi osobami;
- ▶ wypowiada myśli samobójcze, nawet jeśli zaprzecza zamiarom samobójczym;
- ▶ konieczna jest szybka konsultacja psychiatryczna.

Choroba ta zwykle wymaga hospitalizacji, ponieważ niesie zagrożenie dla życia i zdrowia zarówno matki, jak i dziecka. W ekstremalnych sytuacjach istnieje wysokie ryzyko samobójstwa, dzieciobójstwa, lub samobójstwa rozszerzonego. Może być konieczne wtedy umieszczenie pacjentki (także wbrew jej woli) w zamkniętym oddziale psychiatrycznym.

Leczenie psychozy połogowej

Leczenie polega na podawaniu leków przeciwpsychotycznych – neuroleptyków, co wymaga zwykle zakończenia laktacji, zwłaszcza że matka na ogół nie jest w stanie karmić dziecka piersią (Karakuła 2005). Po ustąpieniu objawów i wypisie ze szpitala kobieta wymaga dłuższego kontaktu z psychiatrą i obserwacji jej stanu psychicznego, ponieważ psychoza połogowa może (ale nie musi) być początkiem przewlekłego procesu chorobowego, np. schizofrenii.

7. Okołoporodowe zaburzenia emocjonalne a praktyka położnicza

W praktyce ginekologiczno-położniczej rzadko podejmuje się leczenie kobiety z zaburzeniami emocjonalnymi, natomiast można w sposób istotny zapobiegać tym zaburzeniom, a także próbować je rozpoznawać jak najwcześniej.

Podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, wszelkie działania edukacyjne mają istotne znaczenie profilaktyczne. W opiece nad kobietą w ciąży edukacja przedporodowa w formie „szkoły rodzenia” to jedna z najbardziej efektywnych strategii profilaktycznych. Spotkania te są okazją dla przyszłej matki na zdobycie podstawowych informacji na temat porodu, porożenia i pielęgnacji dziecka. Kobieta może zgłaszać różne istotne dla niej wątpliwości, a profesjonaliści mają okazję ocenić, w innej sytuacji niż badanie w gabinecie, czy kobieta znajduje się w grupie ryzyka. W grupach bardziej kameralnych bliskie więzi zawiązywane między uczestnikami szkoły mogą stać się podstawą nieformalnej grupy wsparcia młodych matek po porodzie. Szkoły rodzenia (i ewentualnie indywidualne konsultacje z położną) powinny być dostępne (czy nawet obowiązkowe) szczególnie dla kobiet z wywiadem psychiatrycznym, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia u nich problemów przy porodzie i dalszych powikłań okresu poporodowego. Ważne, żeby nie idealizować porodu, ale też nie straszyć możliwymi powikłaniami.

Poszanowanie potrzeby intymności podczas porodu i zagwarantowanie rodzącej poczucia bezpieczeństwa (przez odpowiedni, możliwie „nie szpitalny” wystrój sali porodowej, unikanie obecności zbyt wielu osób z personelu medycznego podczas porodu, przedstawianie się lekarzy i położnych, udzielanie dokładnych informacji i wyjaśnień, pytanie pacjentki o zgodę na zabiegi) pozwalają zminimalizować „urazowość” porodu. Takie podmiotowe podejście do

rodzącej zajmuje nieco czasu, ale zapewnia lepszą jej współpracę przy porodzie. Nie zawsze udaje się uniknąć trudnych sytuacji, problemy medyczne przy porodzie czasem występują i zawsze będą traumą dla kobiety. Jednak zadbanie o to, aby rodząca rozumiała, co się z nią dzieje, dlaczego podejmowane są takie, a nie inne czynności oraz działania, mające na celu uspokojenie jej przy narastającym napięciu, zdecydowanie mogą poprawić współpracę rodzącej z personelem medycznym i zmniejszają ryzyko wystąpienia zaburzeń stresowych czy depresji w okresie poporodowym. Niepotrzebna medykalizacja porodu i pozbawienie rodzącej wpływu na jego przebieg istotnie wpływa na pogorszenie jakości okresu porożenia i występowanie rozmaitych zaburzeń emocjonalnych u matki (Kościelska 2005). Poród prawidłowy i bez powikłań także może być, mimo starań personelu medycznego, traumatycznym przeżyciem – dla kobiet szczególnie wrażliwych czy obciążonych. W takiej sytuacji należy pozwolić kobiecie na odreagowanie stresu, wysłuchać jej lub znaleźć kogoś, kto to robi.

W przypadku pracy z konkretną pacjentką najistotniejsze jest określenie, czy znajduje się ona w grupie ryzyka i czy istnieją czynniki, które mogą sprzyjać wystąpieniu jakichkolwiek zaburzeń emocjonalnych w okresie okołoporodowym. Czynniki te określamy podczas rutynowego zbierania wywiadu – przydatny jest schemat strukturalizowanego wywiadu, gdzie zaznacza się obecność ryzyka lub jego brak; taki kwestionariusz daje pewność, że wszystkie pytania zostały zadane (Patrz: Aneks). Ciężarna z grupy ryzyka powinna być otoczona szczególną opieką interdyscyplinarną (położna, ginekolog-położnik, psycholog i ewentualnie psychiatra, położna środowiskowa, pracownik socjalny w razie potrzeby).

Po porodzie, po raz kolejny należy ocenić czynniki ryzyka, ponieważ mogły pojawić się nowe (jak ciężki poród) i bacznie obserwować te matki, u których to ryzyko jest większe. Światowym standardem, nieosiągalnym jeszcze w większości oddziałów położniczych w Polsce, jest możliwość kontaktu z psychologiem, dlatego lekarze,

położne i pielęgniarki muszą sobie radzić, kierując się własną intuicją i wiedzą. Pomocnym narzędziem może być skala depresji poporodowej – *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox 1987)⁵.

W wielu ośrodkach na świecie skalę tę wypełniają wszystkie kobiety i służy ona za narzędzie przesiewowe. Edynburska Skala Depresji Poporodowej jest skalą samooceny; jest dość prosta i nie wymaga zbyt długiego czasu na wypełnienie. Badane osoby otrzymują pytania bez punktacji odpowiedzi. Informacja, której im się udziela nie powinna sugerować, że skala dotyczy depresji, najlepiej jest opisać ją jako zestaw pytań, oceniających samopoczucie pacjentki. Kobietom czasem trudno jest nazwać i powiedzieć, co czują. Przedstawienie konkretnego pytania ułatwia uzyskanie danych na temat stanu psychicznego pacjentki. Nie należy obawiać się, że pytania coś zasugerują pacjentce.

Z badań wynika, że EPDS wykazuje się dużą czułością i specyficznością niezależnie od kręgu kulturowego, w którym była używana, koreluje z innymi skalami, oceniającymi depresję – Hamiltona, Becka (Borysewicz 2001). Wynik 10 punktów i powyżej wskazuje, że matka prawdopodobnie przeżywa epizod depresyjny. Skala nie zastąpi badania klinicznego przez profesjonalistę, ale może stanowić przesiewowe narzędzie, które określi, której badanej zaproponować kontakt z psychologiem lub lekarzem. Ostatni punkt, dotyczący myśli samobójczych należy oceniać oddzielnie, odpowiedź twierdząca wymaga szczególnej uwagi, nawet gdy całościowy wynik nie jest zbyt wysoki.

Jeżeli zorientujemy się, na podstawie własnych obserwacji lub z wyniku skali EDPS, że matka przeżywa istotne problemy emocjonalne, należy z nią o tym porozmawiać. Nawet jeżeli uważamy, że kobieta przesadza, przerysowuje swoje problemy i jest uciążliwa dla

⁵Polskie tłumaczenie skali EPDS ukazało się w książce Meir Steiner i Kimberly Yonkers „Depresja u kobiet” (tłum. Maria Bnińska, wyd. Via Medica, Gdańsk 1999). Użytkownicy skali mogą ją powielać bez uzyskania dodatkowej zgody, pod warunkiem respektowania praw autorskich należących do British Journal of Psychiatry (podanie praw autorskich i pełnego tytułu skali oraz wyżej wymienionego źródła).

otoczenia – to sam ten fakt też może świadczyć o pogarszaniu się jej stanu psychicznego. Spokojna rozmowa wyjaśniająca często stanowi wystarczające wsparcie. Dostarczenie broszurek czy ulotek na temat zaburzeń emocjonalnych pomaga pacjentkom uzyskać dystans do ich problemów i zrozumieć, że nie są jedynymi tak przeżywającymi swój poród i połóg. Pomaga to zdjąć piętno „wyrodnej matki” i zaakceptować pojawiające się trudności.

Czasem, mimo dobrej opieki, matki noworodków czują się zagubione, mało kompetentne, stale przeżywają niepewność i doświadczają lęków, macierzyństwo i kontakt z dzieckiem nie przynoszą im oczekiwanych gratyfikacji, nie potrafią się nimi cieszyć. W takiej sytuacji propozycja kontaktu z psychologiem czy psychiatrą, podana w sposób taktowny, ze względu na występujące w społeczeństwie stereotypy na temat zaburzeń psychicznych i profesjonalistów nimi się zajmujących, może być dobrym rozwiązaniem.

Działania profilaktyczne wobec kobiety po porodzie – rady dla położnej środowiskowej, pediatry i ginekologa-położnika

Zbierz dokładny wywiad (czasami należy przeznaczyć na to kilka kolejnych spotkań, aby uniknąć obcesowego wypytywania);

Zachęć pacjentkę do opowiedzenia o przebiegu porodu – znajdź na to czas, lub kogoś, kto ma czas - jest to istotne źródło informacji przydatnych do oceny ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych, a także sposób odciążenia stresu;

Regularnie monitoruj czynniki ryzyka za pomocą Kwestionariusza „Czynniki ryzyka dla poporodowych zaburzeń afektywnych” (patrz: Aneks);

Używaj narzędzi do oceny stanu psychicznego pacjentki (ESDP) (patrz: Aneks);

Zaproponuj w razie wątpliwości konsultację psychiatryczną, doprowadź do niej i nawiąż kontakt z psychiatrą;

Zachęcaj do korzystania z psychoterapii i innych niemedyceńskich form pomocy (grupy wsparcia dla matek małych dzieci, przekaz kobiecie ulotkę o emocjach po porodzie oraz adresy miejsc, w których prowadzone są grupy wsparcia);

Edukuj matkę i jej rodzinę – przekaz materiały informacyjne.

Konsultacja psychiatryczna jest potrzebna, gdy pacjentka:

- ▶ o to poprosi (nie zdarza się to często, ale kobieta może mieć świadomość tego, co się z nią dzieje i skutecznie ukrywać przed otoczeniem swoje problemy – także przed nami, więc jeżeli prosi o psychiatrę, nie należy dyskutować, czy na pewno jest to konieczne, tylko sprawnie zorganizować konsultację, uruchamiając procedury obowiązujące w takich wypadkach);
- ▶ ujawni myśli samobójcze;
- ▶ leczy lub leczyła się psychiatrycznie;
- ▶ poinformuje, że używała w przeszłości substancji psychoaktywnych (narkotyki) lub leków psychotropowych;
- ▶ zacznie zachowywać się w sposób nieprzewidywalny;
- ▶ osiągnie w skali EDPS wynik powyżej 10 punktów;
- ▶ mimo rozmów wspierających ciągle źle się czuje.

Z danych o częstotliwości występowania okołoporodowych zaburzeń emocjonalnych wynika, iż prawdopodobieństwo pojawienia się takich problemów w danym oddziale położniczym jest dość duże. Matki, które mają problemy ze zdrowiem psychicznym oraz te, które mają obniżoną sprawność fizyczną lub umysłową, napotykają na dodatkowe trudności, podczas opieki nad nowo narodzonym dzieckiem. Zadaniem osób sprawujących opiekę medyczną jest zapewnienie im odpowiednich warunków do zajmowania się dzieckiem i upewnienie się, że ich własne zdrowie na tym nie ucierpi. W tym celu może być konieczna współpraca wielu służb i specjalności. Przy nasilających się zaburzeniach bywa potrzebny kontakt z rodziną, która także potrzebuje wsparcia i informacji na temat tego, gdzie dalej szukać pomocy. Dlatego warto, aby w każdym oddziale położniczym dostępne były materiały informacyjne na temat okołoporodowych zaburzeń emocjonalnych, przeznaczone dla pacjentek oraz ich bliskich. Konieczne jest także zebranie informacji o instytucjach pomocowych działających na danym terenie, kontaktów do lekarzy psychiatrów oraz psychologów, tak aby informacje te były zawsze dostępne, gdy pojawi się pacjentka, wymagająca pomocy.

8. Aneks

▶ Instrukcja do kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży”

Proponowany kwestionariusz służy oszacowaniu ryzyka pojawienia się zaburzeń emocjonalnych w ciąży. Zacienione pola są istotne dla oceny ryzyka, jeżeli umieszczone są w nich odpowiedzi, potwierdza to obecność czynnika ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży. Odpowiedź twierdząca w jednym z punktów od 1 do 8 skłonić powinna lekarza prowadzącego ciążę do szybkiego kontaktu z psychiatrą, leczącym pacjentkę, a jeżeli kobieta obecnie się nie leczy, należy ją nakłonić do konsultacji psychiatrycznej.

Po stwierdzeniu obecności jednego z czynników ryzyka, opisanych w punktach 9-14, należy bacznie obserwować pacjentkę i przy kolejnych wizytach sprawdzać jej stan psychiczny. Ostatnia grupa pytań opisuje pozamedyczne czynniki ryzyka, które w porównaniu z poprzednimi są mniej istotne, ale także zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń. Stwierdzenie dwóch z nich może być sygnałem ostrzegawczym dla położnika.

▶ Kwestionariusz

Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży

(aut. Joanna Krzyżanowska-Zbucka)

Czynniki ryzyka w ciąży (w trakcie wywiadu należy ustalić z pacjentką czy:)	tak	nie
1. Leczyła się ostatnio psychiatrycznie		
2. Zażywała jakieś leki uspokajające		
3. Zażywała leki przeciwdepresyjne		
4. Zażywała leki psychotropowe		
5. Ma za sobą próbę samobójczą		
6. Dokonywała w przeszłości samouszkodzeń		
7. Była kiedykolwiek w szpitalu psychiatrycznym		
8. Przyjmowała ostatnio narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)		
9. W rodzinie ktoś chorował psychicznie		
10. W rodzinie były samobójstwa		
11. Przyjmowała kiedykolwiek narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)		
12. W poprzednich ciążach miała problemy emocjonalne		
13. Przy poprzednich porodach występowały jakieś problemy		
14. Przeżywała depresję poporodową po poprzednim porodzie		
15. Przeprowadzała się w ciągu ostatnich 6 miesięcy		
16. Jest w stałym związku z ojcem dziecka		
17. Jest w dobrych relacjach z własną matką		
18. Ma już dziecko specjalnej troski lub chore		
19. Ma stałą pracę		
20. Ma problemy finansowe		

► Instrukcja do kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie”

Proponowany kwestionariusz służy oszacowaniu ryzyka pojawienia się zaburzeń emocjonalnych po porodzie. Zacienione pola są istotne dla oceny ryzyka, jeżeli umieszczone są w nich odpowiedzi, potwierdza to obecność czynnika ryzyka zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. W dużej części czynników ryzyka w tym okresie podobne są do tych w ciąży. Odpowiedź twierdząca w jednym z punktów od 1 do 9 skłaniać powinna położną i lekarza do szybkiego kontaktu z psychiatrą, leczącym pacjentkę, a jeżeli kobieta obecnie się nie leczy, należy ją nakłonić do konsultacji psychiatrycznej.

Po stwierdzeniu obecności jednego z czynników ryzyka opisanych w punktach 10-16, należy bacznie obserwować pacjentkę i często sprawdzać jej stan psychiczny.

Ostatnia grupa pytań (od 17 do 24) opisuje pozamedyczne czynniki ryzyka, które w porównaniu z poprzednimi są mniej istotne, ale także zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń. Stwierdzenie dwóch z nich może być sygnałem ostrzegawczym dla położnika.

► Kwestionariusz

Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie

(aut. Joanna Krzyżanowska-Zbucka)

Czynniki ryzyka po porodzie (w trakcie wywiadu należy ustalić z pacjentką czy:)	tak	nie
1. Miała problemy emocjonalne w obecnej ciąży		
2. Leczyła się w psychiatrycznie w przeszłości		
3. Była kiedykolwiek w szpitalu psychiatrycznym		
4. Zażywała jakieś leki uspokajające		
5. Zażywała leki przeciwdepresyjne		
6. Zażywała leki psychotropowe		
7. Ma za sobą próbę samobójczą		
8. Dokonywała w przeszłości samouszkodzeń		
9. Przyjmowała ostatnio narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)		
10. W rodzinie ktoś chorował psychicznie		
11. W rodzinie zdarzały się samobójstwa		
12. Przyjmowała kiedykolwiek narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)		
13. W poprzednich ciążach miała problemy emocjonalne		
14. Przy poprzednich porodach występowały jakieś problemy		
15. Przeżywała depresję poporodową po poprzednim porodzie		
16. Ostatni poród ocenia jako ciężki i urazowy		
17. Przeprowadzała się w ciągu ostatnich 6 miesięcy		
18. Chodziła do szkoły rodzenia		
19. Jest w stałym związku z ojcem dziecka		
20. Ma już dziecko specjalnej troski lub chore		
21. Ma stałą pracę		
22. Ma problemy finansowe		
23. Jest w dobrych relacjach z własną matką		
24. Ma wsparcie w dalszej rodzinie czy wśród przyjaciół		

► Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

wersja dla badanej

Imię i nazwisko Wiek dziecka Data.....

Pytania dotyczą pani samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź.

1. Potrafiłam się śmiać z różnych spraw i dostrzegać radosne strony życia

- tak często jak zazwyczaj
- trochę rzadziej niż zwykle
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle
- zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze
- rzadziej niż zawsze
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udało

- tak, w większości przypadków
- tak, czasami
- rzadko
- wcale

4. Bałam się i martwiłam bez istotnej przyczyny:

- zupełnie nie
- raczej nie
- tak, czasami
- tak, bardzo często

5. Czulałam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów:

- tak, często
- tak, czasami
- nie, raczej nie
- nie, wcale

6. Wydarzenia przerastały i przytłaczały mnie:

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle
- przez większość czasu radziłam sobie zupełnie źle
- radziłam sobie tak dobrze jak zawsze

7. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu
- tak czasami
- rzadko
- nie, wcale nie

8. Czulałam się smutna i nieszczęśliwa

- ▶ tak, przez większość czasu
- ▶ tak, dość często
- ▶ niezbyt często
- ▶ nie, wcale nie

9. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- ▶ tak, przez większość czasu
- ▶ tak, dość często
- ▶ tylko sporadycznie
- ▶ nie, wcale nie

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- ▶ tak, dość często
- ▶ czasami
- ▶ rzadko
- ▶ nigdy

▶ Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

wersja dla profesjonalistów (do sumowania wyniku)

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- ▶ tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- ▶ trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- ▶ zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- ▶ zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- ▶ tak jak zawsze (0 punktów)
- ▶ rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- ▶ zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- ▶ nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwinałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- ▶ tak w większości przypadków (3 punkty)
- ▶ tak, czasami (2 punkty)
- ▶ rzadko (1 punkt)
- ▶ wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się

- ▶ zupełnie nie (0 punktów)
- ▶ raczej nie (1 punkt)
- ▶ czasami (2 punkty)
- ▶ tak, bardzo często (3 punkty)

5. Czulałam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- ▶ tak, często (3 punkty)
- ▶ czasami (2 punkty)
- ▶ nie, raczej nie (1 punkt)
- ▶ nie, nigdy (0 punktów)

6. Wydarzenia przerastały mnie

- ▶ tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- ▶ czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- ▶ przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- ▶ radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- ▶ tak, przez większość czasu (3 punkty)
- ▶ tak czasami (2 punkty)
- ▶ rzadko (1 punkt)
- ▶ nie, wcale nie (0 punktów)

8. Czulałam się samotna i nieszczęśliwa

- ▶ tak, przez większość czasu (3 punkty)
- ▶ tak, dość często (2 punkty)
- ▶ niezbyt często (1 punkt)
- ▶ nie, wcale nie (0 punktów)

9. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- ▶ tak, przez większość czasu (3 punkty)
- ▶ tak, dość często (2 punkty)
- ▶ tylko sporadycznie (1 punkt)
- ▶ nie, wcale nie (0 punktów)

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- ▶ tak, dość często (3 punkty)
- ▶ czasami (2 punkty)
- ▶ bardzo rzadko (1 punkt)
- ▶ nigdy (0 punktów)

▶ Instrukcja stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej EPDS

1. Matkę należy prosić o podkreślenie odpowiedzi najlepiej pasującej do jej samopoczucia w ciągu ostatnich 7 dni.

2. Należy uzyskać odpowiedzi na wszystkie 10 pytań.

3. Matka powinna udzielać odpowiedzi samodzielnie, nie należy dopuścić do omawiania odpowiedzi z kimś trzecim.

4. Matka powinna wypełnić ankietę osobiście, chyba że nie zna języka lub ma kłopoty z czytaniem.

5. Skalę można stosować aż do 6-8 tygodni po urodzeniu dziecka, aby zbadać samopoczucie pacjentki. Można w takim przypadku skorzystać z okazji, jaką stwarza wizyta matki z niemowlęciem u lekarza.

6. Wynik graniczny 10 punktów może świadczyć o problemach emocjonalnych u matki, kobiety które uzyskają 12 – 13 punktów prawdopodobnie cierpią na depresję poporodową – wskazana jest konsultacja psychiatryczna, twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie nawet bez punktacji powyżej 10 wymaga interwencji psychiatry.

► Kategorie stosowania leków u kobiet ciężarnych wg FDA (Food and Drug Administration) 1998

- A)** Odpowiednie badania kliniczne u kobiet ciężarnych nie wykazały ryzyka dla płodu w pierwszym trymestrze ciąży i nie ma dowodów na istnienie takiego ryzyka w późniejszych trymestrach;
- B)** Badania na zwierzętach nie wykazały ryzyka dla płodu, ale nie przeprowadzono odpowiednich badań u ciężarnych kobiet albo Badania na zwierzętach wykazały działania niepożądane, ale odpowiednie badania u ciężarnych kobiet nie wykazały ryzyka dla płodu w pierwszym trymestrze ciąży i nie ma dowodów na istnienie takiego ryzyka w późniejszych trymestrach;
- C)** Badania na zwierzętach wykazały działania niepożądane na płód, ale nie przeprowadzono odpowiednich badań u ludzi; potencjalne korzyści z zastosowania leku u ciężarnych kobiet mogą być zaakceptowane, pomimo potencjalnego ryzyka dla płodu albo nie przeprowadzono badań na zwierzętach ani nie wykonano odpowiednich badań u ludzi;
- D)** Udowodniono działania niepożądane na płód ludzki, ale potencjalne korzyści z zastosowania leku u ciężarnych kobiet mogą być zaakceptowane, pomimo potencjalnego ryzyka dla płodu;
- X)** Badania na zwierzętach lub u ludzi wykazały nieprawidłowości u płodu lub raporty o działaniach niepożądanych wskazywały na niekorzystny wpływ na płód. Ryzyko z zastosowania leku u ciężarnych kobiet w sposób oczywisty przeważa nad możliwą korzyścią.

► Kategorie ryzyka podawania leków w trakcie karmienia piersią (Hale T.W. 2004):

- L1** – lek najbezpieczniejszy
L2 – lek bezpieczny
L3 – lek umiarkowanie bezpieczny
L4 – lek prawdopodobnie niebezpieczny
L5 – lek przeciwwskazany

► Adresy stron, na których można znaleźć pomoc psychologiczną (ogólnopolską):

- www.interwencjakryzysowa.pl** – strona z wyszukiwarką Ośrodków Interwencji Kryzysowej na terenie Polski
- www.leczdepresje.pl** – strona zawiera adresy ośrodków psychologicznych i psychiatrycznych na terenie całego kraju oraz użyteczne informacje dotyczące depresji.
- www.ptp.org.pl** – strona główna Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zawierająca listę licencjonowanych psychoterapeutów.
- http://www.przyjaciele.org/pomoc/gdzie_pomoc.php** – wyszukiwarka placówek pomocowych, w tym ośrodków psychologicznych.
- http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/4898** – strona zawiera bazę ośrodków pomocy psychologicznej, ośrodków pomocy społecznej i innych instytucji pomocowych na terenie Polski.

http://www.openthedoors.pl/mtxt/a,2,2 – strona poświęcona terapii schizofrenii zawierająca spis placówek psychiatrycznych.

http://www.kopd.pl/ – strona Komitetu Ochrony Praw Dziecka zawiera przydatne informacje dotyczące kryzysów rodzinnych i wsparcia dla rodziny.

http://www.dobryrodzic.pl/ – jest to strona poświęcona inicjatywie realizowanej przez Fundację „Dzieci niczyje”, zawiera informacje dla rodziców oraz profesjonalistów dotyczące trudnych emocji, związanych z sytuacją pojawienia się w życiu rodziny małego dziecka.

http://www.poronienie.pl/ – jest to portal internetowy prowadzony przez Stowarzyszenie Rodziców po stracie. Zawiera wiele pomocnych informacji oraz bazę grup wsparcia dla rodziców po stracie.

www.dlaczego.org.pl – na tej stronie można znaleźć informację dla rodziców, którzy doświadczyli straty dziecka lub narodzin chorego dziecka.

http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=telefon+zaufania&kryt_miasto=&kryt_woj=&kryt_pola= – jest to portal organizacji pozarządowych zawierający numery telefonów zaufania w Polsce.

http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=dom+samotnej+matki&kryt_miasto=&kryt_woj=&kryt_pola= – jest to portal organizacji pozarządowych zawierający dane teleadresowe domów samotnej matki w Polsce.

http://www.codalej.pl/ – strona pomocowa dla kobiet w ciąży. Zawiera informacje dotyczące domów dla samotnej matki, ośrodków pomocy psychologicznej oraz ośrodków adopcyjno-opiekuńczych.

http://www.adopcja.org.pl/ – jest to strona Fundacji Rodzin Adopcyjnych zawierająca bazę danych Interwencyjnych placówek opiekuńczych,

Bibliografia

1. American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Practice Bulletin (2008) Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist Obstetrics and Gynecology Febr.111. Polskie tłumaczenie lek. Hanna Korabel i lek. Joanna Korabel, konsultacja i komentarz prof. Małgorzata Rzewuska (2008) Stosowanie leków psychotropowych u kobiet w ciąży i karmiących piersią. Wytyczne postępowania klinicznego The American College of Obstetricians and Gynecologist. Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo Nr 5;
2. Ballard CG, Stanley AK, Brockington JF (1995) PTSD after childbirth. Br Journal Psychiatry; 166: 525.8;
3. Berle JØ, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. (2004) Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. J Clin Psychiatry. Sep;65(9);
4. Birnbaum CS, Cohen LS, Bailey JW, Grush LR, Robertson LM, Stowe ZN. (1999) Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing infants: A case series. Pediatrics, Jul; 104(1);
5. Borysewicz K (2001) Edynburska Skala Depresji Poporodowej – zastosowanie w badaniach polskiej populacji – doniesienie wstępne Wiadomości Psychiatryczne Tom 4 Nr 2;
6. Boyce PM, Todd AL. (1992) Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. Med J Aust;157;
7. Boyce P M (2003) Risk factors for postnatal depression: review and risk factors in Australian populations. Archives of Women's Mental Health Nr 6 [Suppl.2];
8. Burt VK, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick VC, Muntean E. (2001) The use of psychotropic medications during breast-feeding. Am J Psychiatry. Jul;158(7);
9. Ciepuro A , Wilkowska A, Landowski J (2005) Zaburzenie stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu Postępy Psychiatrii i Neurologii; 14 (supl. 1/20);
10. Cox JL, Holden J, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br. J. Psychiatry 150;
11. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R (1986) Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. British Medical Journal Vol 292;
12. Cote-Arsenault D (2007) Threat Appraisal, Coping, and Emotions Across Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss. Nursing Research. 56(2);
13. Cox JL (1989) Postnatal depression: a serious and neglected postpartum complication. Clinical Obstetrics and Gynecology Vol.3 Nr 4;
14. Elliot SA (1989) Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. Clinical Obstetrics and Gynecology Vol.3 Nr 4;
15. Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, Anderson GM. (2003) Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. Pediatrics. Nov;112(5);
16. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D (2001). Depressed withdrawn and intrusive mothers' effects on their fetuses and neonates. Infant Behavior and Development, 24;
17. Hale T W (2004) Medications In mother milk. Amaraillo, Pharmasoft Publishing;
18. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V. (1992) Links between early post-partum mood and post-natal depression. Br J Psychiatry;160;
19. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002;
20. Holmes, T.H. Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11;
21. Jaszczak-Kuźmińska D. (2004) Baby blues Niebieska Linia, nr 2;
22. Karakuła H, Szajer K, Pawęzka J, Grzywa A, Przywara G. (2005) Psychofarmakoterapia zaburzeń psychotycznych w okresie ciąży i laktacji. Psychiatria Polska Nr 2;
23. Kościelska M (1998) Trudne macierzyństwo. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne;
24. Lazarus, R.S. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill;
25. Llewellyn A, Stowe ZN (1998) Psychotropic medications in lactation. Journal Clin Psychiatry 59 Suppl 2;
26. Meder J. Problemy zdrowia psychicznego kobiet Biblioteka Psychiatrii Polskiej Kraków 2003
27. Misri S, Burgmann A, Kostaras D (2000) Are SSII's safe for pregnant and breastfeeding women? Canadian Family Phisician Nr 46;
28. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. (2006) Posttraumatic stress following childbirth: a review. Clin Psychol Rev. Jan;26(1);
29. Oslislo A. Otfinowska A. (2008) Najważniejsza chwila w życiu - o pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Fundacja Rodzić po Ludzku;
30. Pużyński St. (2002) Depresje i zaburzenia afektywne PZWL ;
31. Reynolds JL (1997) Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. Canadian Medical Association Journal, Vol 156;
32. Rzewuska M (red) Leczenie zaburzeń psychicznych PZWL 2006;
33. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. (2002) Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. J Psychosom Obstet Gynaecol. Mar;23(1);
34. Spencer JP, Gonzalez III L S, Barnhart D J (2001) Medications in the Breast-Feeding Mother. American Family Physician; July;1;
35. Steiner M, Yonkers K: Depresja u kobiet; Via Medica, Gdańsk 1999 (tłum. Dr hab.n.przyr. Maria Bnińska);
36. Szajer K, Karakuła H, Pawęzka J, Grzywa A, Przywara G, Gut A. (2005) Psychofarmakoterapia w okresie ciąży i laktacji. Psychiatria Polska Nr 3;
37. Szajer K, Karakuła H, Pawęzka J, Grzywa A, Przywara G, Gut A. (2005) Psychofarmakoterapia zaburzeń lękowych, obsesyjno- kompulsyjnych oraz snu w okresie ciąży i laktacji. Psychiatria Polska Nr 3;
38. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H (2006) Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. Am J Psychiatry 163.



Fundacja Rodzić po Ludzku