

Na depresję poporodową choruje już co 10. kobieta

Okoloporodowe zaburzenia psychiczne należą do najważniejszych problemów, jakie mogą występować u kobiet w okresie ciąży lub połogu. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że depresja poporodowa dotyka już jedną na dziesięć kobiet. Zaburzenie depresyjne w okresie okołoporodowym można i należy leczyć, ponieważ okres prenatalny oraz pierwszy rok życia dziecka jest niezwykle istotnym okresem neurorozwojowym w aspekcie dalszego zdrowia psychicznego dziecka, a samopoczucie matki wpływa na przyszły rozwój dziecka – podkreśla prof. dr hab. n. med. Beata Pięta, Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych. O wadze problemu świadczy m.in. fakt, że w obowiązującym standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej znalazły się zapisy mówiące o konieczności wykonywania badań przesiewowych w kierunku depresji. **Zgodnie z wytycznymi, kobieta w ciąży powinna być dwukrotnie poddana badaniu przesiewowemu w kierunku depresji – w I i III trymestrze ciąży oraz po porodzie, w trakcie wizyty patronażowej. Monitorowanie zaburzeń nastroju u matki jest najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zachowania u dzieci, które od okresu prenatalnego wzrastają do życia w społeczeństwie. Słuszność wczesnego identyfikowania objawów depresji potwierdził prof. dr hab. Piotr Gałęcki, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii.**

Rozpoznanie ryzyka depresji



10% kobiet choruje na depresję poporodową.



Rozpoznawanie ryzyka depresji w I trymestrze.



Rozpoznawanie ryzyka depresji w III trymestrze.



Rozpoznawanie ryzyka depresji po porodzie – w trakcie wizyty patronażowej.

Etiologia depresji w okresie okołoporodowym obejmuje czynniki socjodemograficzne, ginekologiczno-położnicze, fizjologiczne i psychospołeczne. Istotny jest fakt, że depresja poporodowa ma podłoże heterogenne. Oznacza to, że w większym stopniu warunkują ją czynniki psychospołeczne i osobowościowe, a nie fizjologiczne (takie jak np. zmiany hormonalne).

Czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych:

- **psychiatryczne** – depresja w rodzinie, przebyta depresja poporodowa zwiększa o 35-50% ryzyko nawrotu depresji przy następnej ciąży, w przypadku choroby afektywnej jednobiegunowej ryzyko kształtuje się na poziomie 30%, przy zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych 25-60%, wśród wszystkich kobiet zmagających się z depresją poporodową 70% przebyło wcześniej baby bluesa;
- **związane z ciążą** – niechciana lub zagrożona ciąża, traumatyczne doświadczenie w poprzednich ciążach, ciężki lub urazowy poród;
- **psychospołeczne** – trudne wydarzenia życiowe niezwiązane z ciążą, samotne macierzyństwo, złe relacje z matką, problemy finansowe, złe relacje w rodzinie.

Zaburzenia emocjonalne w ciąży

Kobiety, które mają depresję w okresie ciąży, częściej rodzą przez cięcie cesarskie, częściej też proszą o zabiegowe rozwiązanie ciąży. Gorzej współpracują przy porodzie drogą natury. W grupie położnic z zaburzeniami depresyjnymi częstsze są powikłania okołoporodowe – twierdzi prof. dr hab. Beata Pięta, Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych.

Objawy depresji u kobiety ciężarnej są takie same, jak w przypadku pozostałych grup chorych. To obniżony nastrój, niska samoocena, płaczliwość, poczucie winy, osłabienie, zaburzenia snu. Do tego może dojść silny lęk o dziecko, jego zdrowie – wskazuje Joanna Krzyżanowska-Zbucka, Ordynator Oddziału Zapobiegania Nawrotom Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Działania profilaktyczne wobec kobiety w ciąży:

- przeprowadzenie dokładnego wywiadu;
- zachęcenie pacjentki do opowiedzenia o poprzednich ciążach i porodach;
- regularne monitorowanie czynników ryzyka za pomocą kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży”;
- skontaktowanie się (za zgodą pacjentki) z jej psychiatrą, jeżeli przyszła mama jest w trakcie leczenia;
- zaproponowanie w razie wątpliwości konsultacji psychiatrycznej;
- zachęcanie do korzystania z psychoterapii indywidualnej lub grupowej i innych niemedycznych form pomocy w ramach grup wsparcia dla kobiet w ciąży;
- zadbanie o edukację przyszłej mamy (szkoła rodzenia lub indywidualne konsultacje z położną).

Poporodowe zaburzenia emocjonalne

W literaturze poświęconej problematyce zaburzeń psychicznych okresu okołoporodowego najczęściej różnicowane są trzy typy takich zaburzeń emocjonalnych: baby blues, depresja poporodowa, psychoza poporodowa.

Baby blues

Smutek poporodowy (baby blues) to zespół łagodnych zaburzeń nastroju występujących w pierwszych dniach po porodzie. Nasilenie objawów ma miejsce w 5-6 dniu po porodzie, trwa około 2 tygodni, a czasem przedłuża się do miesiąca. Baby blues występuje u około 50-80% kobiet, pojawiając się zwykle w okresie nawału mlecznego. Objawy: zmienność nastrojów, uczucie zmęczenia, płaczliwość, smutek, drażliwość, nerwowość. Objawy te na ogół nie wpływają poważnie na zdolność do prawidłowego funkcjonowania młodej mamy, pogarszają natomiast jakość jej życia. Pomoc w tego rodzaju problemach polega głównie na edukacji pacjentki i jej rodziny, a także na udzielaniu wsparcia. Niekiedy wskazana jest konsultacja z psychoterapeutą. Nie powinno się bagatelizować przygnębienia poporodowego, ponieważ u niektórych kobiet zwiększa ono ryzyko rozwinięcia się depresji poporodowej.

Depresja poporodowa

Depresja poporodowa jest często spotykanym zaburzeniem psychicznym, które pojawia się na przełomie pierwszego i drugiego miesiąca życia dziecka. Objawy depresji poporodowej to w dużej mierze typowe objawy depresyjne, pojawiające się również w innego rodzaju zaburzeniach afektywnych: obniżony nastrój, znaczne osłabienie energii życiowej – uczucie ciągłego zmęczenia, złe samopoczucie fizyczne, hipochondria poczucie winy – stawianie siebie w negatywnym świetle, utrata radości życia i odczuwania przyjemności (anhedonia), zaburzenia snu: trudności w zasypianiu, wczesne budzenie się, sen przerywany lub ucieczka w sen i nadmierna senność, zaburzenia łaknienia: utrata apetytu lub wzmożone łaknienie, drażliwość.

Niestety depresja poporodowa bywa mylona z baby blues, a więc czasowym obniżeniem nastroju spowodowanym reakcją hormonalną organizmu na poród. W związku z tym monitorowanie i ocena ryzyka depresji oraz zaburzeń nastroju w ciąży i połogu zalecana jest w oparciu o wynik uzyskany dzięki zastosowaniu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS). EPDS jest rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Położnych w ramach pierwszej interwencji razem z zalecaną metodą jej stosowania i możliwością kierowania na dalsze konsultacje i leczenie dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych.

Szczegółowe omówienie Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz algorytmy postępowania zostały przedstawione w szkoleniu e-learning Zaburzenia emocjonalne w okresie okołoporodowym, dostępnym serwisie www.edukacjapacjenta.pl

Leczenie depresji

**30% MATEK, KTÓRE NIE PODJĘŁY LECZENIA
MA OBJAWY DEPRESJI POPORODOWEJ PRZEZ 3 LATA.**



Rozpoczęcie leczenia w początkowym okresie choroby **skraca** czas jej trwania.

Źródło: Screening for perinatal depression. ACOG Committee Opinion No. 757. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2018;132:e208-12; Pearson RM, Carnegie RE, Cree C, et al. Prevalence of Prenatal Depression Symptoms Among 2 Generations of Pregnant Mothers: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. JAMA Network Open. 2018;1(3):e180725. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0725.

Psychoza poporodowa

Psychoza poporodowa jest zdecydowanie najpoważniejszym spośród okołoporodowych zaburzeń psychicznych. Cechuje się ono znacznym nasileniem objawów oraz szybkim jego narastaniem. Prawdopodobieństwo wystąpienia psychozy poporodowej waha się w przedziale 0,1-0,2%. Choroba pojawia się zazwyczaj na przestrzeni pierwszych 2 tygodni po porodzie. Wśród czynników sprzyjających pojawieniu się choroby w tym okresie należą pierworództwo oraz występowanie choroby psychicznej w przeszłości (również w rodzinie). Objawy mogące świadczyć o rozwijającej się psychozie wymagające natychmiastowej konsultacji psychiatrycznej: obniżony lub podwyższony nastrój pacjentki, kobieta płacze lub śmieje się nieadekwatnie do sytuacji, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, pobudzenie, przeżywanie silnego niepokoju i lęku, chowanie się przed ludźmi, wypowiedanie treści urojeniowych, halucynacje.

Więcej na temat zaburzeń emocjonalnych, typowych objawach depresji, zaburzeń lękowych, sposobach oceny ryzyka wystąpienia depresji i zaburzeń nastroju **w okresie okołoporodowym** oraz algorytmy postępowania przybliży Pani profesor Beata Pięta – Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych oraz Pani Joanna Krzyżanowska-Zbucka – Ordynator Oddziału Zapobiegania Nawrotom Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w szkoleniu **e-learning Zaburzenia emocjonalne w okresie okołoporodowym**, w serwisie: www.edukacjapacjenta.pl.

Partnerzy merytoryczni:



Partner programu edukacyjnego:

