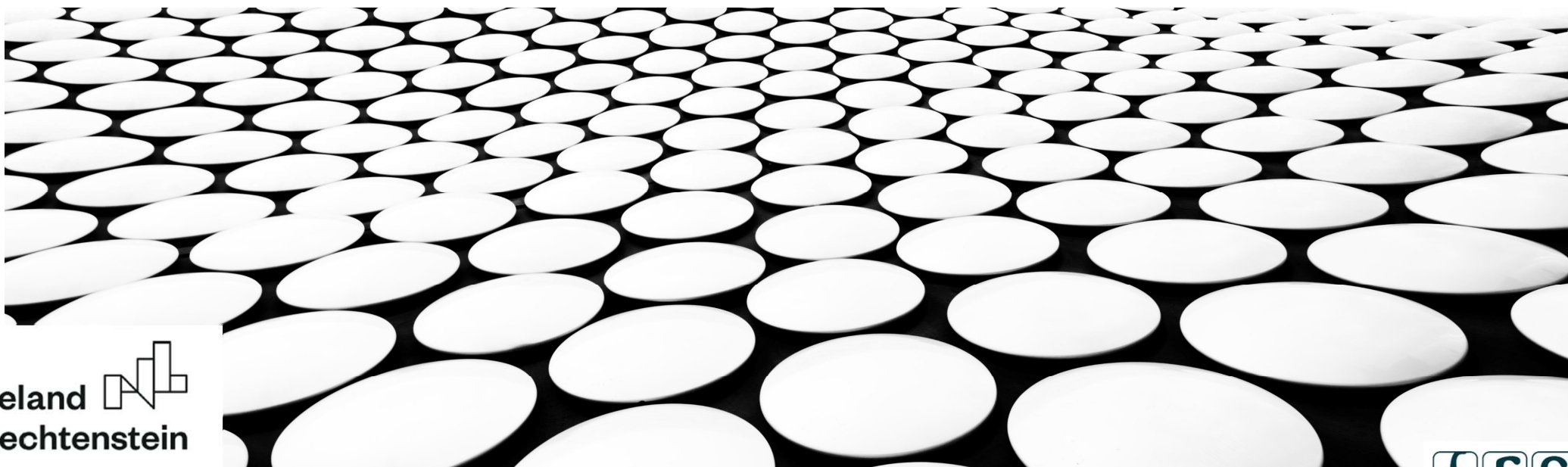


---

# AKTUALNE STANDARDY POSTĘPOWANIA W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ NAD PACJENTKĄ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

DR N. O ZDR. KATARZYNA WSZOŁEK,

KLINIKA ZDROWIA MATKI I DZIECKA UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU



## II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGIA

Depresja jest jednym z głównych zaburzeń psychicznych. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia na depresję choruje ok. 300 mln ludzi na całym świecie<sup>1</sup>. Problem wczesnego rozpoznawania depresji komplikuje fakt, że określenie „depresja” może być różnie definiowane i bywa różnie rozumiane. Termin „depresja” w języku codziennym bywa najczęściej używany w odniesieniu do złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii terminem tym określa się szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej.

PROGRAM POLITYKI  
ZDROWOTNEJ PN.  
„Program w zakresie edukacji  
i profilaktyki depresji poporodowej”

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania epizod u depresyjnego wg ICD 10

<b>Objawy podstawowe:</b>
1. Obniżony nastrój*
2. Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.
<b>Objawy dodatkowe:</b>
1. Osłabienie koncentracji i uwagi.
2. Niska samoocena i mała wiara w siebie
3. Poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
4. Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. Myśli i czyny samobójcze
6. Zaburzenia snu
7. Zmniejszony apetyt
Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres <u>co najmniej 2 tygodni</u> , choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie i narastają szybko.

---

*\* Dla osób nie stosujących na co dzień kategorii psychopatologicznych może to wyglądać na tautologię – osoby takie uważają zwykle, że depresja jest tym samym co obniżony nastrój, jednak w rzeczywistości wcale tak nie jest. Z psychiatrycznego punktu widzenia depresja jest chorobą całego organizmu, a obniżony nastrój jest tylko jednym z jej wielu objawów, który wcale nie musi występować. Dla zaznaczenia tej różnicy używa się też określenia „depresyjnie obniżony nastrój”, żeby zwrócić uwagę, że nie chodzi tu o „smutek”.*

*W dużej depresji konieczne jest stwierdzenie co najmniej 2 objawów podstawowych (obniżony nastrój nie musi być jednym z nich) i 2 objawów dodatkowych. W zaburzeniach depresyjnych nie spełniających kryteriów dla rozpoznania dużej depresji występuje zazwyczaj tylko jeden objaw z listy objawów podstawowych<sup>3</sup>.*

---

Zgodnie z piśmiennictwem, m.in. wytycznymi The Royal Australian College of General Practitioners, wyższe ryzyko zachorowania na depresję pojawia się u:

- kobiet w ciąży i w okresie poporodowym,
- występowanie depresji w przeszłości,
- przypadki depresji w rodzinie,
- inne zaburzenia psychiczne;
- choroby przewlekłe,
- brak zatrudnienia,
- niski status socjoekonomiczny,
- osoby doświadczające przemocy domowej,
- osoby o odmiennej orientacji seksualnej [1].

PROGRAM POLITYKI  
ZDROWOTNEJ PN.  
„Program w zakresie edukacji  
i profilaktyki depresji poporodowej”

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

---

W literaturze wskazuje się trzy główne zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego:

- 1) przygnębienie poporodowe (baby blues),
- 2) depresja poporodowa,
- 3) psychoza poporodowa [5].

PROGRAM POLITYKI  
ZDROWOTNEJ PN.  
„Program w zakresie edukacji  
i profilaktyki depresji poporodowej”

**Tabela 2. Czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej**

Rodzaj	Czynniki
Biologiczne	<p>Zmiany hormonalne: spadek progesteronu, estradiolu, wolnego estriolu, estrogenów.</p> <p>Niedoczynność tarczycy.</p> <p>Zmiany stężenia cholesterolu.</p>
Psychospołeczne	<p>Stresujące wydarzenia życiowe, nawet te pozytywne.</p> <p>Zakłócone relacje z partnerem / złe relacje małżeńskie / brak męża</p> <p>Niskie wsparcie społeczne oraz niskie zadowolenie z uzyskanego wsparcia.</p> <p>Brak zatrudnienia / niepewność zatrudnienia.</p> <p>Wiek poniżej 25 lat.</p> <p>Niski poziom wykształcenia.</p> <p>Nieplanowana ciąża.</p>

	<p>Złe relacje z matką.</p> <p>Wielokrotne porody.</p>
Czynniki związane z ciążą i porodem	<p>Niechciana ciąża.</p> <p>Negatywne doświadczenia związane z porodem.</p> <p>Dziecko urodzone przedwcześnie.</p> <p>Niewłaściwe przybieranie na wadze dziecka.</p> <p>Częsty płacz dziecka.</p> <p>Problemy związane z opieką nad dzieckiem.</p> <p>Wcześniejsze poronienia / porody martwych dzieci.</p> <p>Nieprawidłowa opieka przedporodowa, brak przygotowania przed porodem.</p>
Czynniki psychiczne	<p>Wcześniejsze epizody zaburzeń nastroju.</p> <p>Występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie.</p> <p>Cechy osobowości (obsesyjno-kompulsyjne, lękowe, panika, itp.).</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. M. Kaźmierczak, G. Gebuza, M. Gierszewska, *Problemy pielęgniarstwa* 2010, tom 18



---

Powyższa tabela wskazuje, że depresja jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Zatem, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania, ważna jest odpowiednia edukacja przyszłych matek. W programach szkół rodzenia wprowadzone są zagadnienia związane ze stanem psychicznym matek po porodzie.

Jednakże, z uwagi na fakt, że podczas szkoły rodzenia oczywistym jest skupienie się na przygotowaniu do porodu, konieczne jest szersze podjęcie działań edukacyjnych w zakresie depresji poporodowej zarówno w czasie ciąży, jak i przede wszystkim w okresie połogu.

Równie istotne są badania przesiewowe w kierunku wczesnej diagnozy depresji poporodowej. Badania naukowe wykazują, że depresja poporodowa może negatywnie wpłynąć na więź tworzącą się między matką a dzieckiem oraz rozwój dziecka [8]. Narzędziem umożliwiającym ocenę nastroju położnic jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej. Skala została opracowana przez: John L. Cox, Jenifer M. Holden i Ruth Sagovsky i jest popularnym badaniem przesiewowym w kierunku depresji poporodowej. Edynburska Skala Depresji Poporodowej nie zastępuje badania klinicznego, ale z dużą trafnością identyfikuje osoby, które mogą mieć zaburzenia nastroju, co zostało potwierdzone licznymi badaniami.

---

**Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 245–262**

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103385>

**Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego  
dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku  
rozrodczym. Część I: Leczenie depresji**

**Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment  
of affective disorders in women of childbearing age.**

**Part I: Treatment of depression**

Jerzy Samochowiec<sup>1</sup>, Janusz Rybakowski<sup>2,3</sup>, Piotr Gałęcki<sup>4</sup>,  
Agata Szulc<sup>5</sup>, Joanna Rymaszewska<sup>6</sup>, Wiesław Jerzy Cubała<sup>7</sup>,  
Dominika Dudek<sup>8</sup>

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

Lekarz prowadzący leczenie depresji u kobiety w wieku rozrodczym powinien otwarcie rozmawiać z pacjentką o jej seksualności i możliwości zajścia w ciążę. Bardzo istotna jest tu edukacja chorej na temat antykoncepcji. Nie stwierdzono interakcji pomiędzy doustnymi środkami antykoncepcyjnymi a lekami przeciwdepresyjnymi. Większość kobiet bardzo dobrze toleruje antykoncepcję hormonalną i miewa wahania nastroju rzadziej niż przed jej wprowadzeniem, ale w nielicznych przypadkach mogą pojawiać się objawy depresyjne czy nawrót zespołu depresyjnego. Zdarza się to najczęściej po środkach trójfazowych. Taka sytuacja jest wskazaniem do konsultacji ginekologicznej i zmiany preparatu [1].

Z występowaniem depresji wiąże się szereg poważnych konsekwencji społecznych i zdrowotnych zarówno dla matki, jak i jej dziecka. Istotny jest też tutaj status społeczno-ekonomiczny ciężarnej [2]. Choć na ogół i w badaniach naukowych, i w opiece klinicznej największy nacisk kładzie się na okres poporodowy, trzeba pamiętać, że duże znaczenie ma także obecność objawów depresji u kobiet w okresie ciąży. Według danych pochodzących z wysokiej jakości przeglądu i metaanalizy badań dotyczących występowania depresji w ciąży i okresie poporodowym szacuje się, że częstość występowania epizodów dużej depresji (w różnych punktach czasowych) to 3.8% pod koniec pierwszego, 4,9% pod koniec drugiego 3.1% pod koniec trzeciego trymestru ciąży [3].

---

Obniżenie nastroju, do którego dochodzi po urodzeniu dziecka (czasami określane jako *baby blues*), jest zjawiskiem bardzo powszechnym, dotyczącym od 30 do 80% kobiet w pierwszych 2 tygodniach po porodzie, przy czym jego przebieg jest zwykle łagodny, a objawy ustępują samoistnie, w związku z czym należy je różnicować z objawami klinicznej depresji poporodowej [4].

---

Istnieją pewne nieścisłości w kwestii przypuszczalnego wzrostu częstości występowania depresji w okresie poporodowym, przy czym wcześniejsze doniesienia wskazują na około trzykrotny wzrost zachorowalności w ciągu pierwszych 5 tygodni po urodzeniu dziecka [5], natomiast wyniki ostatnich podłużnych badań populacyjnych sugerują jedynie ogólnie wyższą zapadalność na depresję w okresie poporodowym [2, 6]. W niektórych przypadkach zachorowanie na depresję poporodową może wynikać z braku właściwego rozpoznania depresji rozpoczynającej się już w czasie ciąży. Ostatnie badania dowiodły, że co najmniej jedna trzecia przypadków „depresji poporodowej” rozpoczyna się właśnie w czasie ciąży lub jeszcze przed jej rozpoczęciem [7, 8].

Dane z raportu *Confidential Enquiries into Maternal Deaths* [12] konsekwentnie wskazują na problemy ze zdrowiem psychicznym jako jedną z głównych przyczyn śmierci matek w Wielkiej Brytanii, a do ponad połowy z tych zgonów dochodzi wskutek samobójstwa. W czterech badaniach stwierdzono, że ponad połowa kobiet zmarłych na skutek samobójstwa doświadczyła wcześniej jakiejś formy poważnych zaburzeń psychicznych (choroby afektywnej dwubiegunowej lub ciężkiej depresji), natomiast w około jednej trzeciej przypadków samobójstw konsekwentnie odnotowywane było współwystępujące nadużywanie narkotyków (samobójstwa kobiet ciężarnych pozostają stosunkowo rzadkie, do większości dochodzi już po urodzeniu dziecka) [12]. Większość przypadków samobójstw kobiet w ciąży i po porodzie (ok. 60%) występuje w okresie 6 tygodni przed porodem i 12 tygodni po urodzeniu dziecka [12].



---

W 1987 roku stworzono test skriningowy określający prawdopodobieństwo wystąpienia depresji okołoporodowej – *Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS)*. Jest to zestaw 10 pytań, w którym można zdobyć maksymalnie 30 punktów, przy czym już 10 punktów lub zaznaczenie odpowiedzi potwierdzających chęć samookaleczenia przyjmowane jest jako dolna granica dla prawdopodobieństwa wystąpienia depresji poporodowej. Taki wynik wymaga wnikliwej oceny klinicznej stanu psychicznego badanej [13]. W polskim badaniu obejmującym 434 kobiety depresję poporodową, określaną jako 13 i więcej punktów w skali EPDS, stwierdzono u 15,2% badanych [14].

---

Ze względu na znaczne rozpowszechnienie okołoporodowych zaburzeń nastroju i poważne konsekwencje, jakie niosą one dla kobiety, dziecka i całej rodziny, od 1 stycznia 2019 roku w Polsce obowiązują nowe standardy opieki okołoporodowej, w których obligatoryjna jest trzykrotna ocena stanu psychicznego kobiety w kierunku depresji [15].

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 245–262  
PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)  
www.psychiatriapolska.pl  
DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103385>

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 11 września 2018 r.

Poz. 1756

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 16 sierpnia 2018 r.

**w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej**

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

## II. Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania

11–14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Pomiar masy ciała.</li> <li>4. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
33–37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena wymiarów miednicy.</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>6. Ocena ruchów płodu.</li> <li>7. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>8. Pomiar masy ciała.</li> <li>9. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.</li> <li>11. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie antygenu HBs.</li> <li>4. Badanie HIV.</li> <li>5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży).</li> <li>6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.</li> </ol>

## XIV. Połóg

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:
  - 1) stanu ogólnego położnicy;
  - 2) stanu położniczego: involucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów położniczych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek oraz ocenę rany, w przypadku zakończenia ciąży lub porodu cięciem cesarskim;
  - 3) laktacji;
  - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
  - 5) higieny ciała;
  - 6) stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

---

Artykuł poglądowy/*Review article*

DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2020.97402>

# Badania przesiewowe w kierunku depresji okresu okołoporodowego: przegląd narzędzi i barier w skriningu

Screening for perinatal depression: a review of tools and barriers

---

Sara Suchowiak<sup>1</sup>, Katarzyna Wszółek<sup>2</sup>, Julia Suwalska<sup>3</sup>, Dorota Łojko<sup>3</sup>, Aleksandra Suwalska<sup>1</sup>

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

## Skrining w kierunku depresji okresu okołoporodowego

Polskie standardy organizacji opieki okołoporodowej rekomendują, aby położna bądź lekarz sprawujący opiekę nad ciężarną w ramach świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia ocenili ryzyko i nasilenie objawów depresji u kobiety dwa razy: pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży oraz 33. a 37. tygodniem ciąży. Po raz trzeci badanie powinno się odbyć w ciągu miesiąca od porodu, w trakcie wizyty patronażowej prowadzonej przez położną środowiskową. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia (2018) nie nałożono obowiązku stosowania konkretnego narzędzia.

## Narzędzia stosowane w skriningu

Narzędzia stosowane w skriningu depresji w okresie okołoporodowym można podzielić na dwie grupy:

### 1. Skale specyficzne – narzędzia opracowane do stosowania u kobiet w okresie okołoporodowym:

- Edynburska Skala Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS),
- Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej (*Postpartum Depression Screening Scale* – PDSS),
- *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS);

### 2. Skale generyczne – pierwotnie wykorzystywane do wykrywania objawów depresji w innych populacjach (np. w ogólnej), znajdują również zastosowanie w skriningu w kierunku depresji okresu okołoporodowego:

- Kwestionariusz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI i BDI-II),
- *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) i *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised* (CESD-R),
- Skala Depresji Zunga (*Zung Self Rating Depression Scale* – SDS),
- Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (*Patient Health Questionnaire-9* – PHQ-9).



## Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (*The Edinburgh Postpartum Depression Scale – EPDS*) (Cox i wsp. 1987) jest jednym z pierwszych i najczęściej wykorzystywanych narzędzi do wykrywania objawów depresji poporodowej. Objawy depresji wymienione w skali to anhedonia, obwinianie się, niepokój, lęk, poczucie przytłoczenia, problemy ze snem spowodowane smutkiem, smutek, płaczliwość i myśli o samouszkodzeniu (Beck i Gable 2001a). Każde twierdzenie oceniane jest w skali 0–3 (od „tak, cały czas” do „nie, w ogóle”), pytania 1, 2 i 4 są punktowane rosnąco, pozostałe malejąco.

Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w EPDS wynosi 30. Im wyższy wynik końcowy, tym więcej objawów depresji i większe ich nasilenie u osoby badanej. Wartość, która powinna wzbudzić czujność osoby sprawującej opiekę nad kobietą, to 12 lub 13 punktów, choć pozytywny wynik (1, 2 lub 3 punkty) w przypadku pytania 10 dotyczącego chęci zrobienia sobie krzywdy wymaga natychmiastowej konsultacji lekarskiej (BC Reproductive Mental Health Program 2014). Polskie Towarzystwo Położnych (2019) rekomenduje, aby już przy wyniku równym lub wyższym niż 10 punktów zalecić konsultację specjalistyczną.

Niewątpliwym atutem skali jest krótki czas wypełniania ankiety (mniej niż pięć minut) i przejrzyste sformułowane pytania. Jej czułość wynosi 59–100%, a swoistość 49–100% (ACOG 2018).

Skala EPDS została stworzona specjalnie do skriningu depresji poporodowej, jednak w większości nie odnosi się do sytuacji bezpośrednio związanych z opiekowaniem się noworodkiem i nową rolą kobiety – matki (Kossakowska-Petrycka 2007), żaden z punktów nie ma bezpośredniego odniesienia do macierzyństwa (Beck i Gable 2001a). Wskazuje się, że wiele matek, wypełniając skalę, nie różnicuje pomiędzy zaburzeniami snu wynikającymi z poczucia smutku a przebudzeniami w związku z opieką nad dzieckiem (Beck i Gable 2001a), Lawrie i wsp. (1998) sugerowali zatem dodanie do pytania 7. dotyczącego snu – „Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy” – frazy „nie z powodu dziecka”.

Wadą Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej jest niemożność rozróżnienia zaburzeń nastroju u kobiet w okresie okołoporodowym i innych zaburzeń, np. zaburzeń adaptacyjnych (Chrzan-Dętko i wsp. 2012). Stosunkowo wysokie wyniki w skali uzyskują również osoby z zaburzeniami lękowymi. Skala EPDS może być stosowana także u ojców, ale zalecane jest przyjęcie niższego punktu odcięcia dla objawów depresji (Matthey i wsp. 2000; Matthey i Agostini 2017). Dostępna jest polska, zwalidowana wersja kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, wartości czułości i swoistości wynoszą odpowiednio 96% i 93% (Kossakowska 2013), współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi od 0,87 (Kaźmierczak i wsp. 2017) do 0,91 (Kossakowska 2013). Skala EPDS jest najczęściej wykorzystywaną skalą w polskich badaniach nad objawami i częstością występowania depresji okołoporodowej (Dudek i wsp. 2014; Jaeschke i wsp. 2017; Wszolek i wsp. 2018; Wszolek i wsp. 2020).

---

Autorzy skali EPDS oraz *British Journal of Psychiatry* wyrazili zgodę na używanie i reprodukcję narzędzia pod warunkiem podania źródła oryginalnej publikacji oraz walidacji wersji polskiej (za: Kaźmierczak i wsp. 2020).

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

Suchowiak S, Wszółek K, Suwalska J, Łojko D, Suwalska A. Screening for perinatal depression: a review of tools and barriers. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*. 2020;15(1):60-69. doi:10.5114/nan.2020.97402.

## Kwestionariusz Depresji Becka

Najczęściej wykorzystywanym narzędziem do oceny objawów depresyjnych w populacji ogólnej jest Kwestionariusz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) (Beck i wsp. 1961). Umożliwia on ocenę występowania i nasilenia objawów depresji oraz monitorowanie przebiegu i zmian w trakcie leczenia. W 1996 r. opublikowano zaktualizowaną wersję kwestionariusza (BDI-II), zmieniono także okres oceny występowania objawów z 7 dni na 2 tygodnie (Beck i wsp. 1996). Kwestionariusz składa się z 21 twierdzeń z 4 opcjami do wyboru w zakresie od braku objawu (0 punktów) do objawu o dużym nasileniu (3 punkty).

## Pytania w BDI-II

dotyczą: smutku, pesymizmu, wcześniejszych niepowodzeń, utraty przyjemności, poczucia winy, poczucia kary, niechęci do siebie, samokrytyki, myśli samobójczych, płaczu, pobudliwości, utraty zainteresowań, niezdecydowania, utraty poczucia własnej wartości, utraty energii, zmian w rytmie snu, skłonności do irytacji, zmiany apetytu, trudności z koncentracją, zmęczenia lub przemęczenia i utraty zainteresowania seksem (Zawadzki i wsp. 2009). W kwestionariuszu BDI-II próg punktowy depresji ciężkiej wynosi > 29, depresji umiarkowanej 20–28, a depresji lekkiej 14–19 punktów. Czas potrzebny do wypełnienia kwestionariusza to ok. 5–10 minut. Czulość testu wynosi 56–57%, a swoistość 97–100% (ACOG 2018).

Obie wersje kwestionariusza, mimo istnienia skal specyficznych, nadal są często wykorzystywane jako skrining depresji wśród kobiet w okresie ciąży i porodu. Do wad wykorzystywania BDI-II w wykrywaniu depresji poporodowej można zaliczyć to, że niektóre zawarte w nim pytania odnoszą się do typowych stanów pojawiających się w czasie ciąży i porodu: zmęczenia, kłopotów ze snem, utraty libido (Affonso i wsp. 2000; Kossakowska-Petrycka 2007). W pierwszej wersji kwestionariusza było również pytanie o utratę masy ciała (która po porodzie jest naturalnym procesem), co mogłoby się wiązać ze zwiększeniem ryzyka wyniku fałszywie dodatniego (Kaźmierczak i wsp. 2020). Z kolei kwestionariusz BDI-II nie zawiera pytań dotyczących utraty masy ciała i oceny własnego wyglądu (Beck i Gable 2001a).

Czynnikiem, który może ograniczać wykorzystanie BDI-II w środowisku, jest konieczność jego zakupu.

Przeprowadzono walidację polskiej wersji językowej skali – wskaźniki specyficzności i wrażliwości wynoszą odpowiednio 80,4% i 71,7%, a współczynnik  $\alpha$  Cronbacha 0,93 dla grupy kontrolnej i 0,95 dla grupy klinicznej (Zawadzki i wsp. 2009).

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

Stosowane narzędzia skringingowe nie służą postawieniu diagnozy klinicznej, lecz mają na celu identyfikację kobiet, u których konieczna jest dokładna ocena psychospołeczna i kliniczna (Howard i wsp. 2014). U kobiet w ciąży skringing w zakresie zdrowia psychicznego stanowi pierwszy krok we wczesnej identyfikacji i leczeniu. Powinien obejmować skringing w kierunku obecnych objawów depresyjnych czy lękowych oraz ocenę czynników psychospołecznych, które mogą się przyczynić do rozwoju zaburzeń psychicznych w przyszłości (Austin i Highet 2011). **Rekomendacje polskie wskazują, że badanie nastroju pacjentki w każdym przypadku powinno zostać uzupełnione o wywiad obejmujący aspekty psychologiczne i społeczne (Dominiak i wsp. 2019).**

Większość kobiet w ciąży i porożu akceptuje skringing w kierunku depresji okresu okołoporodowego. Badanie należy przeprowadzić w sposób zapewniający komfort kobiecie, co stanowi warunek konieczny, aby udzielone przez nią odpowiedzi były szczere (Brealey i wsp. 2010). Wskazuje się jednak, że skringing może być uciążliwy dla pacjentek (Brealey i wsp. 2010; Rollans i wsp. 2013). Dla kobiet, które doświadczyły traumy, skringing może stanowić źródło stresu, powodując przeżywanie na nowo trudnych wydarzeń z przeszłości (Rollans i wsp. 2013). Niektóre kobiety nie zgadzają się na przeprowadzenie skringingu. W badaniu holenderskim co piąta ciężarna kobieta odmówiła udziału w skringingu w zakresie zdrowia psychicznego zapewnianego w rutynowej opiece położniczej (Quispel i wsp. 2012).

Barierę w prowadzeniu skriningu wśród kobiet w ciąży stanowić może chęć radzenia sobie samej z problemami psychicznymi, brak wiedzy, jakie emocje są „normalne” w ciąży, oraz obawy przed stygmatyzacją (Kingston i wsp. 2015).

Czynnikiem ułatwiającym proces skriningu jest dobra relacja z profesjonalistą opiekującym się badaną kobietą, cechy osoby przeprowadzającej badanie (zainteresowana, wykazująca wrażliwość), zapewnienie, że opieka w zakresie zdrowia psychicznego jest częścią rutynowej opieki nad kobietą ciężarną, informacja, że inne kobiety również mają problemy psychiczne w ciąży oraz że jest możliwość pomocy (Kingston i wsp. 2015).

Wyniki badań akceptacji skriningu w kierunku depresji poporodowej nie są jednoznaczne. Istotną barierę w tym okresie stanowi dla kobiet obawa przed nadaniem etykiety osoby chorej psychicznie, obawa przed stygmatyzacją (czyli negatywnym odbiorem społecznym) prowadzącą do dyskryminacji, wyłączenia z funkcjonowania społecznego i odrzucenia jednostki (McLoughlin 2013; Podogrodzka-Niell i Tyszkowska 2014;

Suwalska i wsp. 2017). Kobiety obawiają się, że inni postrzegają rozpoznanie depresji poporodowej jako wskazujące na niemożność radzenia sobie w roli matki (Bilszta i wsp. 2010). Depresja poporodowa wiąże się z pojęciem „złej matki”, ponieważ uważa się, że „dobre matki” nie mają depresji (McLoughlin 2013).

Ze stygmatyzacją łączy się ściśle pojęcie autostygmatyzacji (*self-stigma*), w której osoba będąca częścią stygmatyzującego społeczeństwa podziela opinię ogółu, internalizuje, akceptuje i odnosi do siebie negatywne postawy społeczne (Podogrodzka-Niell i Tyszkowska 2014; Suwalska i wsp. 2017). Niektóre kobiety z depresją poporodową postrzegają się zatem jako „złe matki”, do czego przyczyniają się idealistyczne, nierealistyczne oczekiwania związane z macierzyństwem (McLoughlin 2013).

Znaczenie stygmatyzacji podkreślają również rekomendacje NICE (2014), wskazując, że kobiety, które mają problemy w zakresie zdrowia psychicznego (lub które obawiają się, że mają te problemy), mogą nie chcieć ich ujawniać i o nich rozmawiać z powodu obawy przed stygmatyzacją, negatywnym postrzeganiem jako matki oraz lękiem, że mogą zostać pozbawione opieki nad dzieckiem.

Iceland  
Liechtenstein  
Norway grants

frse  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji



Zdaniem osób z zaburzeniami psychicznymi pracownicy ochrony zdrowia (psychiatrycznej i niepsychiatrycznej) stanowią istotne źródło stygmatyzacji i dyskryminacji (Thornicroft i wsp. 2016). Badania wskazują, że stygmatyzujące postawy wobec chorych psychicznie wykazują zarówno lekarze, jak i studenci medycyny (Suwalska i wsp. 2016). Położne postrzegają pacjentki z zaburzeniami psychicznymi w okresie okołoporodowym jako trudne we współpracy i potencjalnie agresywne. Zauważono, że położne unikają pracy z kobietami z zaburzeniami psychicznymi (McCauley i wsp. 2011). Stygmatyzacja zaburzeń psychicznych wśród profesjonalistów opieki zdrowotnej jest częsta, a jedną z przyczyn jest zbyt mały nacisk na problematykę zdrowia psychicznego w trakcie kształcenia. Zmiana w tym zakresie może się przyczynić do redukcji stygmatyzacji (Alderdice i Kelly 2019).

---

PSYCHOTERAPIA 1 (188) 2019

strony: 47–61

DOI: 10.12740/PT/106445

Magdalena Chrzan-Dętko<sup>1</sup>, Lech Kalita<sup>2</sup>

**ROLA WCZESNEJ INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ  
W PROFILAKTYCE I TERAPII DEPRESJI POPORODOWEJ**

**THE ROLE OF EARLY PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN THE PREVENTION  
AND TREATMENT OF POSTPARTUM DEPRESSION**

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

Zaburzenia depresyjne występujące u matki  
wiążą się z wyższym nasileniem stresu rodzicielskiego i zwiększonym ryzykiem podejmowania przez nią negatywnych praktyk rodzicielskich. Ma to długotrwałe konsekwencje dla rozwoju dzieci: badania populacyjne ALSPAC (n = 9848) pokazały, iż depresja poporodowa ma negatywne i trwałe konsekwencje rozwojowe, widoczne również w 18. roku życia dzieci [19]. Szczególnie wrażliwa grupa dzieci to te, których matki chorowały na depresję między 2. a 8. miesiącem po porodzie. U tych kobiet znacznie częściej rozpoznawano depresję również 11 lat później. Ich dzieci natomiast 4 razy częściej miały problemy z zachowaniem między 3. a 4. rokiem życia, obarczone były dwukrotnie większym ryzykiem trudności w matematyce w 16. roku życia i 7 razy wyższym ryzykiem depresji w 18. roku życia [19]

---

W badaniach zespołu pod kierunkiem Beebe [20] wykazano,  iż depresja matki zmienia wzorce interakcyjne w parze matka–niemowlę już w 4. miesiącu życia dziecka. Np. w parach depresyjnych matek i ich niemowląt obserwuje się niższą niż u niedepresyjnych matek i ich dzieci koordynację wzorców patrzenia, a także  wspólny wzorec wzrokowego wycofania. Wzorec patrzenia niemowląt, dzieci depresyjnych matek określono jako „czujny”. Matki i niemowlęta są przez to mniej przewidywalnymi partnerami interakcji: patrzą na siebie dłużej, ale mniej synchronizują swoje zachowania. Dodatkowo matki te stają się nadmiernie podekscytowane, gdy dzieci przejawiają pozytywny afekt, a nadmiernie rozczarowane, gdy dzieci są rozdrażnione lub mają negatywny nastrój.

Mimo że depresja jest tematem często podejmowanym w literaturze psychoanalitycznej, powstało stosunkowo niewiele publikacji poświęconych psychoanalitycznemu rozumieniu depresji poporodowej. Dokonany przez Bluma [26] przegląd literatury wskazuje na trzy ogólne wątki w psychodynamicznym jej rozumieniu. W uproszczeniu wyróżnić można konflikty emocjonalne związane z zależnością; ze złością; oraz z macierzyństwem. Konflikty związane z zależnością zwykle przyjmują postać jej odrzucania, kłopoty związane ze złością wiążą się z poczuciem winy i zahamowaniami, zaś trudności związane z macierzyństwem obejmują problematyczne identyfikacje kobiety z własną matką. Blum [26] formułuje też cenne spostrzeżenie, do którego wrócimy później: zauważa, iż ze względu na konflikty związane z zależnością, pacjentki w depresji poporodowej mogą niechętnie reagować na ofertę pomocy związaną z długoterminową terapią, w którą wpisana jest silna zależność.

Iceland  
Liechtenstein  
Norway grants

f r s e  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

## **Skuteczne interwencje psychologiczne wobec depresji poporodowej**

---

Według przeprowadzonej w Kanadzie analizy ekonomicznej koszty nieleczonej depresji ciężarnych, w tym przerywania stosowania leków antydepresyjnych, wyceniono na 14 miliardów dolarów rocznie [34]. W Polsce do tej pory brakowało nie tylko danych dotyczących kosztów nieleczonej depresji, ale przede wszystkim jakiegokolwiek systemowego rozwiązania w zakresie prowadzenia badań przesiewowych oraz leczenia rodziców chorujących na depresję przed- lub poporodową. Od 1 stycznia 2019 roku Ministerstwo Zdrowia wprowadza zmiany, które przybliżą polską politykę zdrowotną do polityki zdrowotnej prowadzonej w większości krajów europejskich. Dzięki Programowi Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) w ramach osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, uruchomiony zostanie program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej.

---

Lekarze, położne oraz pielęgniarki pediatryczne zostaną przeszkoleni zarówno w zakresie prowadzenia badań przesiewowych pod kątem depresji poporodowej, jak i sposobów zachęcania matek do kontaktu z psychologiem.



Stephens i in. [36] zauważyli, że dla około 90% matek korzystających z pomocy z powodu depresji poporodowej miejscem jej uzyskania były placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Farmakoterapia przynosiła korzystne rezultaty, jednak pacjentki rzadko z niej korzystały, w związku z tym zespół Stephens skupił się na badaniu skuteczności interwencji psychologicznych. Analiza 6 tysięcy opublikowanych wyników badań doprowadziła do wyodrębnienia 10 projektów badawczych spełniających ściśle kryteria metodologiczne: badań typu RCT realizowanych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej obejmujących matki z diagnozą depresji lub podwyższonym wynikiem w skali depresji Becka lub Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Metaanaliza wykazała, że interwencje psychologiczne (poznawczo-behawioralne, terapia interpersonalna, poradnictwo, inne terapie) prowadzą do osłabienia objawów depresyjnych w zakresie istotnie większym niż w przypadku grup kontrolnych. Wynik utrzymywał się zarówno bezpośrednio po interwencji (różnica średnich -0,38 przy  $p = 0,05$ ), jak i po pół roku (-0,21 przy  $p = 0,005$ ). Nie odnotowano istotnych różnic między poszczególnymi rodzajami interwencji.

---

W innym badaniu porównującym skuteczność rozmaitych oddziaływań wobec pacjentek z depresją poporodową zestawienie efektywności doradztwa, psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i opieki standardowej wskazuje na największą skuteczność psychoterapii psychodynamicznych [37]. Gdy pacjentki są skłonne korzystać z farmakoterapii, obydwie formy pomocy są skuteczne. Np. Logsdon [38] wykazał znaczną redukcję objawów depresji 8 tygodni po leczeniu farmakologicznym (nortriptyliną oraz sertralina). Zastosowanie psychoterapii i interwencji psychospołecznych obniża o 30% nasilenie objawów depresji poporodowej [39].

---

Warto podkreślić również, iż pierwszym wyborem przy leczeniu depresji o przebiegu łagodnym lub umiarkowanym powinna być psychoterapia [40]. Również w przypadku wystąpienia depresji przed- lub poporodowej zaleca się, by kobiety o umiarkowanym nasileniu objawów zostały objęte intensywną interwencją psychologiczną [41]. Według badaczy, interwencje psychologiczne przyczyniają się do zmniejszenia intensywności objawów depresji bezpośrednio po zakończeniu psychoterapii, a ich efekty utrzymują się także 6 miesięcy później [36].

---

**Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 245–262**

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

[www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl)

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103385>

**Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego  
dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku  
rozrodczym. Część I: Leczenie depresji**

**Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment  
of affective disorders in women of childbearing age.  
Part I: Treatment of depression**

Jerzy Samochowiec<sup>1</sup>, Janusz Rybakowski<sup>2,3</sup>, Piotr Gałecki<sup>4</sup>,  
Agata Szulc<sup>5</sup>, Joanna Rymaszewska<sup>6</sup>, Wiesław Jerzy Cubała<sup>7</sup>,  
Dominika Dudek<sup>8</sup>

Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

---

Iceland  
Liechtenstein  
Norway grants

**f r s e**  
Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

#### **4. Przegląd wytycznych odnośnie farmakoterapii depresji okołoporodowej**

#### 4.1. Wytyczne do leczenia dla kobiet z depresją przed zajściem w ciążę

Treść trzech wytycznych odradza modyfikację farmakoterapii. Holenderskie Stowarzyszenie Położnictwa i Ginekologii (NVOG, Holandia) zaleca kontynuację stosowania leków przeciwdepresyjnych, jeśli stan psychiczny pacjentki jest stabilny.

Szczegółowe zalecenia dotyczące początkowej terapii pierwszych objawów depresji przygotowały m.in. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, USA), Centre of Perinatal Excellence (COPE, Australia) oraz National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Wielka Brytania). Wszystkie one obejmują stosowanie psychoterapii jako wstępnej formy terapii depresji. W cięższych przypadkach depresji wytyczne COPE i NICE zalecają stosowanie leków przeciwdepresyjnych jako początkową formę terapii.

#### 4.2. Wytyczne do leczenia dla kobiet z depresją w ciąży

W czasie ciąży cztery wytyczne zalecają kontynuację farmakoterapii z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych. Pięć innych wytycznych wspomina o możliwości kontynuacji leczenia, jednak ani jej nie zaleca, ani nie odradza. Trzy wytyczne odradzają modyfikację farmakoterapii podczas ciąży. Z kolei duńskie wytyczne zalecają zmianę leków, jeśli dotychczas stosowane preparaty przeciwdepresyjne mają niekorzystny profil działania (paroksetyna i fluoksetyna).

Większość wytycznych zgodnie wskazuje psychoterapię jako preferowaną początkową formę leczenia w wypadku łagodnej do umiarkowanej postaci depresji, a leki przeciwdepresyjne jako początkową formę terapii depresji ciężkiej. Jedynie wytyczne American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, USA), niezależnie od nasilenia objawów, zamiast psychoterapii zalecają stosowanie leków przeciwdepresyjnych jako preferowaną początkową formę terapii.

### 4.3. Wytyczne do leczenia dla kobiet z depresją w okresie okołoporodowym

Większość wytycznych zaleca poród w warunkach szpitalnych, co stanowi standard opieki zdrowotnej w większości krajów. W Holandii i Kanadzie nadal jednak powszechne są porody domowe, dlatego też wytyczne wyraźnie podkreślają wybór opieki szpitalnej z dodatkową obserwacją jako opcją zalecaną.

Zaleca się poporodową obserwację noworodka, przy czym wskazywana długość obserwacji jest zróżnicowana (od 12 godzin do 3 dni). Wytyczne BC (Kanada) zalecają bardziej intensywną obserwację stanu noworodka, w tym pulsoksymetrię w celu wczesnego wykrywania trwałego nadciśnienia płucnego i monitorowanie poziomu leków przeciwdepresyjnych w surowicy noworodków.

**Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 245–262**

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

[www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl)

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103385>



#### 4.4. Wytyczne do leczenia dla kobiet z depresją w okresie połogowym

Wytyczne kanadyjskie i holenderskie wyraźnie zalecają kontynuację stosowania leków przeciwdepresyjnych w celu zapobiegania nawrotom objawów depresji. W wypadku pierwszych zachorowań większość wytycznych pozostaje zgodna co do tego, że początkową formę leczenia łagodnej i umiarkowanej postaci depresji powinna stanowić psychoterapia, natomiast w razie depresji ciężkiej do rozważenia pozostaje włączenie leków przeciwdepresyjnych. Większość wytycznych zachęca do karmienia piersią, niezależnie od rodzaju przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych. Skandynawska Federacja Towarzystw Położnictwa i Ginekologii (NFOG, Norwegia) zaleca zmianę leczenia w sytuacji, gdy w okresie karmienia piersią pacjentka przyjmuje preparat o niekorzystnym profilu działania. Lekiem bezpiecznym w wypadku kobiet karmiących jest sertralina, głównie ze względu na jej niskie stężenie w mleku matki i surowicy niemowląt.

Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 245–262

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

[www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl)

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/103385>

### 5.3. Karmienie piersią

Zalecenia NICE (2018) podają, iż oceniając ryzyko i korzyści leczenia kobiet karmiących piersią, należy wziąć pod uwagę ograniczone dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania leków i ryzyka związanego ze zmianą wcześniej skutecznego leku. Podobnie jak przy stosowaniu wszystkich leków zalecana jest ścisła obserwacja pediatryczna.

#### *Ogólne zasady postępowania przy leczeniu lekami przeciwdepresyjnymi a karmienie piersią*

1. Ilość leku zależy od dawki podanej matce, okresu półtrwania leku i czasu, jaki upłynął od zażycia leku do karmienia, od długości okresu laktacji.
2. Czynniki ze strony noworodka: słabsza filtracja przez nerki, niedojrzałość mechanizmów metabolizmu, niedojrzałość wątroby, nieszczelna bariera krew mózg, małe stężenie albumin.
3. Bezpieczniejsze jest stosowanie leków u matek, gdy dziecko przekroczy 10. tydzień życia.
4. Stosować jak najmniejsze (ale skuteczne) dawki leków.

## *Inne praktyczne zasady*

1. Wszystkie leki psychotropowe są wydzielane do mleka, ale w niewielkim stężeniu.
2. Unikać karmienia piersią, jeśli u dziecka występują: niewydolność nerek, wątroby, zaburzenia krążenia, zaburzenia neurologiczne.
3. Nie przystawiać dziecka do piersi w okresie największego stężenia leku.
4. Lek podawać w jednej dawce dobowej, przed okresem najdłuższego snu dziecka, karmienie tuż przed podaniem leku.
5. Monitorować dziecko: obserwacja zachowania (płaczliwość, senność, drażliwość), parametry biochemiczne (kreatynina, próby wątrobowe).
6. Jeśli matka była leczona w okresie ciąży – stosować ten sam schemat leczenia po porodzie (unikanie objawów odstawiennych i ekspozycji dziecka na różne leki).

**DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ**