



Zaburzenia nastroju w okresie połogu, ich znaczenie, rozpowszechnienie i domniemane przyczyny

Postpartum mood disorders, their role, prevalence and hypothetical causes

KATARZYNA BORYSEWICZ

Z Oddziału Psychiatrii SPZZOZ w Gryficach

STRESZCZENIE. Praca omawia współczesne poglądy na temat klasyfikacji, etiologii, rozpowszechnienia i znaczenia zaburzeń nastroju występujących w okresie połogu. Opisuje też narzędzie proponowane do badania specyficznych cech tego typu zaburzeń.

SUMMARY. Current views on the classification, etiology, prevalence and role of mood disorders occurring in puerperium are discussed. Moreover, an instrument proposed for the measurement of specific characteristics of such disorders is presented.

Słowa kluczowe: połóg / zaburzenia nastroju / depresja poporodowa
Key words: puerperium / mood disorders / postpartum depression

POPORODOWE ZABURZENIA AFEKTYWNE WE WSPÓŁCZESNEJ KLASYFIKACJI

Wobec niejasności patogenezy wielu zaburzeń psychicznych, ich diagnostyka opiera się obecnie z konieczności najpierw na fenomenologii zjawiska, następnie na typie jego przebiegu, a dopiero potem na cechach wskazujących na uwarunkowania patogenezy [84].

Obowiązująca Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 [65, 66] umieszcza poporodowe zaburzenia nastroju w grupie zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi. Pozycja F53 zawiera następujące kategorie:

- F53.8 Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z położeniem, nie sklasyfikowane gdzie indziej,
F53.9 Połogowe zaburzenia psychiczne, nie określone.
-

Należy zaznaczyć, że warunkiem rozpoznania poporodowych zaburzeń afektywnych jest pojawienie się ich w okresie do 6 tygodni po porodzie i brak dostatecznych przesłanek umożliwiających ich sklasyfikowanie jako „czysto afektywnych”, kodowanych w rozdziale F30-F39. Autorzy klasyfikacji zalecają, by zaburzenia psychiczne związane z położeniem sklasyfikować przy użyciu dwóch kodów: jednego, znajdującego się w rozdziale V (F: Zaburzenia psychiczne i zachowania), z określeniem rodzaju zaburzeń psychicznych oraz drugiego, znajdującego się w rozdziale O99.3 (O: Cięża, poród i połóg – zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wnikające ciężę, poród i połóg). Oddzielnej kategorii dla zaburzeń nastroju w połogu nie wprowadzono, mimo że psychiatrzy z krajów „rozwijających się” argumentowali za takim ich ujęciem [12].

-
- F53.0 Łagodne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z położeniem, nie sklasyfikowane gdzie indziej,
F53.1 Ciężkie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z położeniem, nie sklasyfikowane gdzie indziej,

Również DSM-IV nie zawiera osobnej kategorii dla poporodowych zaburzeń nastroju. Autorzy DSM-IV proponują natomiast takie dodatkowe uszczegółowienie opisu („z pojawieniem się po porodzie”) w przypadku następujących zaburzeń: ostatniego lub bieżącego epizodu „dużej” depresji, manii lub epizodu mieszanego oraz zaburzenia dwubiegunowego I lub II typu. Warunkiem jest pojawienie się zaburzeń w ciągu pierwszych 4 tygodni połoгу [84, 95]. DSM-IV zawiera kategorię zaburzeń nastroju spowodowanych przez ogólny stan medyczny, jednak poporodowe zaburzenia nastroju nie są tam kodowane. Wynika to z niespełnienia przez poporodowe zaburzenia nastroju kryteriów potwierdzających to rozpoznanie – brak jest dowodów, że są one bezpośrednią fizjologiczną konsekwencją ogólnego stanu somatycznego. Nie można również wykluczyć, że o wystąpieniu zaburzeń zadecydowały inne przyczyny niż somatyczne, takie jak stres lub zaburzenia przystosowania (stanowiące kryterium wykluczające) [95].

OBRAZ KLINICZNY

Pierwsze opisy dotyczące poporodowych zaburzeń nastroju pochodzą z XIX wieku. Zaburzenia psychiczne występujące w połoгу opisali dopiero Prichard w 1835 r. [62], Esquirol w 1839 r. [18] i Marce w 1858 r. [43].

Okres poporodowy jest definiowany przez różnych badaczy jako trwający od 4 tygodni (DSM-IV) do ponad roku po rozwiązaniu [83]. Najczęściej opisywane objawy poporodowych zaburzeń nastroju, to: obniżony lub labilny nastrój, płaczliwość, rozdrażnienie, lęk, hipochondria, bezsenność, myśli samobójcze, gniew, poczucie winy, znużenie i zaburzenia aktywności, poczucie małej wartości, zaburzenia koncentracji, anhedonia. Częstość ich występowania jest określana różnie, zależnie od kategorii. Pitt [58] określa poporodowe zaburzenia nastroju jako „atypową depresję” i podaje jej kryteria:

-
-
- (1) badana powinna opisywać objawy depresyjne
 - (2) objawy depresyjne powinny rozwinąć się po porodzie
 - (3) objawy powinny być różne od codziennych doświadczeń badanej i powinny być opisywane jako uciążliwe
 - (4) objawy powinny trwać ponad 2 tygodnie.
-
-

Przejściowe, przeważnie łagodne zaburzenia nastroju dotyczą, zdaniem niektórych autorów, nawet 50–70% kobiet [59, 92]. Obecnie zaburzenia depresyjne okresu połoгу dzieli się na:

-
-
- tzw. *postpartum blues*
 - rzadko występujące psychozy z objawami depresyjnymi i
 - „czyste” zespoły depresyjne o różnym nasileniu [64].
-
-

Postpartum blues stanowią chyba najczęściej występującą i najczęściej badaną postać poporodowych zaburzeń nastroju. Główną jego cechą jest nieuzasadniona płaczliwość, której może (ale nie musi) towarzyszyć obniżenie nastroju [59]. O'Hara [54] definiuje *postpartum blues* jak „specyficzny zespół afektywny związany z porodem”. Zespół ten miałby pojawiać się do dziesiątego dnia po rozwiązaniu i ustępować samoistnie w ciągu 1–2 dni. Wśród zebranych przez Lanczika [39] danych znajdują się hipotezy określające *postpartum blues* jako: marker ryzyka wystąpienia chorób afektywnych w przyszłości, nadwrażliwość emocjonalną, krótkotrwałą postać „dużej depresji”, zespół psychoendokrynnny, zaburzenia reaktywne związane z hospitalizacją lub ze stresem fizycznym. Od wielu lat trwa polemika, czy *postpartum blues* stanowi odrębne zaburzenie psychiczne swoiste dla okresu połoгу.

Brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych *postpartum blues* (a zwłaszcza kryteriów wykluczenia) i wykorzystanie róż-

nych metod do jego badania powodują, że do tej grupy mogą zostać zaliczone inne zaburzenia (zarówno afektywne, jak i z grupy schizofrenii), które mogły w początkowym okresie mogą przypominać *postpartum blues*. W takich przypadkach *postpartum blues* nie byłyby markerem ryzyka wystąpienia późniejszych zaburzeń psychicznych, lecz raczej mylnym rozpoznaniem wstępnym, które powinno ulec skorygowaniu w przebiegu dalszej obserwacji pacjentki. Przedłużające się stany subdepresyjne mogą też być uwarunkowane reaktywnie, zwłaszcza gdy występują u pacjentek zdradzających cechy niedojrzałej osobowości i towarzyszy im niechętny stosunek do dziecka.

Warto nadmienić, że niektórzy badacze opisują zaburzenia afektywne o charakterze podwyższenia nastroju, a nawet łagodnej hipomanii [15, 22], przy czym Dalton [15] szacuje występowanie podwyższenia nastroju na 64%. Na występowanie manii w połogu zwrócił uwagę już Kraepelin w 1913 r. [37], który wyraził opinię, że poród jest jedynie czynnikiem wyzwalamym dla wcześniej potencjalnie istniejącej manii. Z poglądem Kraepelina zgadza się większość badaczy zajmujących się zaburzeniami psychicznymi okresu połogu.

ETIOLOGIA POPORODOWYCH ZABURZEŃ NASTROJU

Domniemane przyczyny poporodowych zaburzeń nastroju obejmują bardzo szeroki zakres czynników.

Zmiany hormonalne

Analizowano zmiany hormonalne dotyczące: progestagenów [12, 16, 27, 31, 46, 52, 54, 63], estrogenów [12, 16, 22, 23, 27, 45, 63], hormonów tarczycy [40, 72, 73, 75, 90], kortykosterydów [12, 22, 27, 54, 57, 75], prolaktyny [27, 52, 54].

Progestageny – wielu autorów zwraca uwagę na zmianę poziomu progestagenów, do której dochodzi po porodzie i upatruje w tym przyczynę zaburzeń nastroju w poło-

gu. Większość badań wykazuje, że największe obniżenie nastroju po porodzie jest zbieżne czasowo z największym spadkiem poziomu progestagenów [12, 16, 27, 31, 52, 72], dlatego też wielu autorów szuka przyczyny poporodowych zaburzeń nastroju we wrodzonej osobniczej nadwrażliwości na spadek poziomu progesteronu. Istnieją informacje wskazujące, że do zaburzeń nastroju w połogu częściej dochodzi u kobiet, które w przeszłości cierpiały na zespół napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome*, PMS), który wiąże się z niedoborem progesteronu w drugiej fazie cyklu miesięczkowego i z powodzeniem leczony jest suplementacją progestagenami [16, 19, 55, 63, 77]. Interesujące informacje dotyczące psychotropowego działania progestagenów i estrogenów zgromadził Jarrahi-Zadeh [31]. W jego pracy znajdują się informacje dotyczące nasennego i przeciwbólowego działania progestagenów oraz wzajemnych powiązań między hormonami płciowymi i neuroprzekaznikami, a także – wskazujące na ścisłą zależność pomiędzy metabolizmem katecholamin a zmianami hormonalnymi w ciąży. Ciekawe jest również doniesienie dotyczące skutecznego leczenia ciężkiej depresji w okresie połogu przy użyciu estrogenów i – dodatkowo – progestagenów [23].

Estrogenom przypisuje się właściwości psychotropowe, podobne do amfetaminy i trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (TLPD) [64]. Fink i wsp. [19] wiążą niski poziom estrogenów z występowaniem PMS, depresji poporodowych i depresji pomenopauzalnych (tzw. depresje inwolucyjne). Nott [52] podaje, że u kobiet, które miały wyższy poziom estrogenu przed porodem obserwowano w tym okresie wzmoczoną drażliwość. Niższy poziom estrogenu po porodzie wiązał się z nadmierną sennością występującą u badanych położnic. Metz i wsp. [46] opisują zmiany dotyczące receptorów płytkowych alfa₂ w zależności od zmian poziomów estrogenów i progesteronu. Twierdzi również, że u kobiet cierpiących na poporodowe zaburzenia nastroju jest zwiększona zdolność

wiązania receptorów alfa2 w płytkach krwi. Przyjmując, że zmiany te mogłyby obrazować zmiany adrenoreceptorów alfa2 w mózgu [64], można przypuszczać, że zaburzenia nastroju są związane ze zwiększoną wrażliwością autoreceptorów alfa 2 i w efekcie – ze zmniejszeniem poziomu wydzielanej noradrenaliny. Estrogenom przypisuje się wpływ na znaczący wzrost receptorów dopaminowych D2 w prądkowiu, zaś Fink i wsp. [19] wykazali, że estrogen stymuluje także wzrost gęstości miejsc wiążących 5-HT 2A w obręczy, pierwotnej korze węchowej i przednio-czołowej oraz w jądrze półleżącym – obszarach mózgu odpowiedzialnych za kontrolę nastroju, stanu umysłu, procesów poznawczych, emocji i zachowania. Wieck i wsp. [89] udowodnili, że w odpowiedzi na spadek krążącego estrogenu wzrasta wrażliwość układu dopaminergicznego podwzgórza, co może sprzyjać pojawieniu się poporodowej psychozy. Badania opisane przez Finka i wsp. [19] wykazały, że skuteczność leczenia zaburzeń depresyjnych w PMS przy użyciu estrogenów jest porównywalna z leczeniem przy użyciu selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), takich jak fluoksetyna. Różnice dotyczące przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn związane są z wpływem estrogenów na receptory 5-HT 2A. Estrogeny stymulują ekspresję genu neuropeptydu – wazopresyny argininowej (AVP) w grupie neuronów prążka krańcowego (*bed nucleus of stria terminalis* – BNST) u gryzoni. System BNST-AVP wpływa na pamięć węchową, tzw. „socjalną”, u gryzoni, brak natomiast informacji, czy w podobna regulacja występuje u ludzi.

Hormony tarczycy. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na przejściowy poporodowy spadek poziomu hormonów tarczycy (częstość zaburzenia tego poziomu w położu jest szacowana na 5–9%) [40, 57, 63, 75]. Pedersen i wsp. [57] wykazali wyższy poziom T3, T4, TSH u położnic z wcześniejszymi zaburzeniami depresyjnymi. Lazarus i wsp. [40] wykluczyli związek pomiędzy funkcją tarczycy a poporodowymi zaburzeniami nastroju.

Kortykosterydy – w wielu pracach badano wpływ kortykosterydów [8, 22, 27, 31, 54, 57, 75], lecz uzyskane na ten temat dane są sprzeczne. Stowe i wsp. [75] oraz O’Hara [54] określają kortyzol jako nie związany z nastrojem. Glover [22] podaje, że u większości kobiet po porodzie test hamowania deksametazonem wypada nieprawidłowo, Pedersen [57] stwierdził wyższy niż w grupie kontrolnej poziom kortyzolu u kobiet dysforycznych i u kobiet z zaburzeniami depresyjnymi w przeszłości.

Prolaktyna – porównując poziom prolaktyny u kobiet z zaburzeniami depresyjnymi i u zdrowych, nie znaleziono istotnych różnic między tymi grupami.

Stres

Szukano związku pomiędzy znacznym stresem fizycznym i psychicznym (jakim niewątpliwie jest poród w szpitalu) a zaburzeniami nastroju [39, 53, 56]. Porównując położnice i kobiety poddane zabiegom ginekologicznym, Iles i wsp. [30] wykazywali, że zmiany nastroju charakterystyczne dla położu nie są jedynie prostą reakcją na fizyczny i psychiczny stres. Inni autorzy [33] porównując tak samo dobrane grupy dowodzili, że czynnikiem decydującym o wystąpieniu zaburzeń nastroju jest czas trwania hospitalizacji i nie znaleźli istotnych różnic pomiędzy obrazem zaburzeń nastroju w obu grupach, zaś w grupie kobiet wypisanych ze szpitala przed upływem 48 godzin stwierdzili mniejsze nasilenie zaburzeń. Hickey i wsp. [28] wyrażają przeciwną opinię – na podstawie badań grupy 749 kobiet stwierdzili, że znacząco większe nasilenie zaburzeń nastroju występuje u kobiet wypisanych ze szpitala przed upływem 72 godzin. Pitt [58] odnalazł powiązania pomiędzy krótszym czasem małżeństwa, neurotyzmem, introwertyzmem, zaburzeniami miesiączkowania i *postpartum blues* a depresją poporodową.

Czynniki psychologiczne

Zwolennicy ujęcia psychodynamicznego zwracają uwagę na następujące czynniki

mogące wpływać na zaburzenia nastroju: osobowość pacjentki przed zajściem w ciążę; konflikty wewnętrzne w częstych przypadkach ciąż nieplanowanych, wzrost sugestywności i nadwrażliwości; pojawiające się w okresie ciąży wahania nastroju, fobie i lęki; wzrost egocentryzmu przy jednocześnie wzrastającej, w miarę rozwoju ciąży, zależności. Wiele kobiet postrzega ciążę jako okres, gdy są one spokojniejsze niż zwykle, w takiej sytuacji poród, „normalizacja” nastroju, pojawiające się z dnia na dzień obowiązki, przeniesienie uwagi z ciężarnej na jej dziecko i liczne oczekiwania społeczne dotyczące funkcjonowania matki wywierają silną presję na położnicę [69].

W zestawieniu prac dotyczących tego problemu Kumar i Robson [38] rozważyli sprzeczne wyniki badań dotyczące: wcześniejszych zaburzeń psychicznych, separacji z matką w dzieciństwie, wcześniejszych poronień, nieplanowania ciąży, zaburzeń lękowych i depresyjnych w ciąży, neurotyzmu u kobiet cierpiących z powodu zaburzeń nastroju w połogu. Jak słusznie zauważyli, wysoki wskaźnik neurotyzmu w tej grupie może być artefaktem, spowodowanym badaniem pacjentek w okresie obniżonego nastroju. Późniejsze badania również nie wykazały istnienia niewątpliwych czynników „społecznych” związanych z poporodowymi zaburzeniami nastroju. Buist i Barnett [7] widzą związek pomiędzy nadużyciem seksualnym w dzieciństwie a późniejszym wystąpieniem poporodowych zaburzeń nastroju, ale zgromadzony przez nich materiał jest w zasadzie kazuistyczny. Pewną ciekawostką jest fakt, że przy „naturalnym” przebiegu ciąży, u kobiet mieszkających w Afryce również występują poporodowe zaburzenia nastroju i że nie znaleziono związku między ich występowaniem a tym, ile jeszcze żon ma ojciec dziecka [13].

Rosenhan i Seligman [71] przedstawiając dane wskazujące na dwukrotnie częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych u kobiet niż u mężczyzn, podają domniemane przyczyny, takie jak: większe przyzwolenie społeczne na okazywanie przez kobiety pla-

czu, straty, zaburzenia depresyjne w późnej fazie lutealnej, wyuczona bezradność nabyta w czasie procesu wychowywania, lepszy wgląd u kobiet, prowadzący do analizowania stanów psychicznych i w efekcie do nasilenia objawów depresji.

Powyższy przegląd najczęstszych (niezrządsko sprzecznych) poglądów dotyczących etiologii poporodowych zaburzeń nastroju zdaje się potwierdzać hipotezę, że nie stanowią one jednorodnej grupy zaburzeń, a jedyną ich cechą wspólną jest wystąpienie w okresie połogu.

ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ NASTROJU W OKRESIE POPORODOWYM

Już w 1839 r. Esquirol [18] napisał: „Częstość występowania chorób psychicznych w połogu jest dużo większa niż wykazują to statystyki szpitali psychiatrycznych, większość z nich nigdy nie jest rozpoznawana”. Jakkolwiek większość badaczy jest zgodna co do częstszego występowania zaburzeń nastroju w okresie połogu, to różnie oceniają oni ich rozpowszechnienie. W zależności od przyjętych założeń badawczych szacunkowe dane wahają się od 2,9% [80] do 80% [92]. Bez wątplenia jest to spowodowane brakiem jednoznacznych kryteriów i narzędzi badawczych odpowiednich do badania i rozpoznawania zaburzeń psychicznych określanych jako poporodowe. Większość autorów zajmujących się tematyką poporodowych zaburzeń nastroju ocenia ich rozpowszechnienie na 7–14% i wartości te są podobne dla kobiet badanych w różnych kulturach [1, 10, 13, 17, 21, 28, 35, 41, 60, 61, 67, 70, 78, 82, 85, 86, 88, 93].

METODY BADAŃ ZABURZEŃ NASTROJU W OKRESIE POŁOGU

Specyfika okresu poporodowego sprawia, że dobór narzędzia oceniającego zaburzenia psychiczne staje się utrudniony. Większość

skal oceniających zaburzenia nastroju zawiera punkty dotyczące objawów somatycznych. Zaburzenia odżywiania, snu, rytmów dobowych, aktywności, miesiączkowania, występujące po porodzie u większości kobiet (i uważane za fizjologiczne w tym okresie) mogą powodować podwyższenie wyników w badaniach przy użyciu powszechnie stosowanych skal. Poza tym wymuszona sytuacją aktywność kobiet w okresie połogu może tworzyć objawy bardzo podobne do objawów depresyjnych: płytki sen i bezsenność śródnocna, spowodowana koniecznością opieki nad dzieckiem, zmęczenie, skupienie całej uwagi na dziecku, a w rezultacie zaburzenia koncentracji i inne.

Badacze problemu używają różnych narzędzi diagnostycznych. Do najczęściej stosowanych należą: „Edynburska skala depresji poporodowej” (EPDS) [14], „Skala depresji Montgomery-Asberg” (MADRS) [11, 48], „Skala depresji Hamiltona” (HDRS) [25], „Inwentarz depresji Becka” (BDI) [4, 11]. Rzadziej były stosowane: „Skala samooceny depresji” Zunga [11, 94], kwestionariusz osobowości Cattella [81], MMPI, *Blues Questionnaire* wg H. Kennerley [23, 34] i inne, nierzadko tworzone przez autorów doraźnie do potrzeb ich pracy.

Obecnie najczęściej stosowaną skalą w badaniu poporodowych zaburzeń nastroju jest „Edynburska skala depresji poporodowej” (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS) stworzona przez J.L. Cox, J.M. Holden i R. Sagovsky [12, 14]. W przeglądzie literatury medycznej sieci *Medline* od roku 1987, kiedy EPDS została opisana po raz pierwszy, znajduje się kilkadziesiąt pozycji odwołujących się do tego narzędzia, w latach 1997–1998 pojawiło się w *Medline* 14 prac, w których stosowano EPDS. Skala ta ocenia samopoczucie badanej osoby w ciągu ostatniego tygodnia. Zawiera 10 pytań, odpowiedzi są oceniane w skali od 0 punktów do 3 punktów, a jej wypełnienie trwa kilka minut. Walidację narzędzia przeprowadzono w wielu krajach uzyskując satysfakcjonujące wyniki dotyczące czułości

i specyficzności [12, 14, 20, 26, 49, 60, 86, 87]. W przeciwieństwie do większości narzędzi badających depresję EPDS nie zawiera punktów dotyczących somatycznych objawów depresji, co sprawia, że jest niezwykle użytecznym narzędziem służącym badaniu kobiet w połogu.

ZNACZENIE PROBLEMU POPORODOWYCH ZABURZEŃ NASTROJU

Bez względu na etiologię i klasyfikację poporodowych zaburzeń istnieją przesłanki, by uznać, że mogą one mieć długofalowy wpływ na życie pacjentki i jej rodziny [2]. Długotrwale utrzymujące się poporodowe zaburzenia psychiczne mogą sprawić, że dotknięta nimi kobieta nie zdecyduje się w przyszłości na następne dziecko. Wyidealizowany przez media obraz macierzyństwa, społeczne oczekiwanie, że każda kobieta powinna być szczęśliwa zostając matką i niewielka wiedza na temat powszechności poporodowych zaburzeń nastroju sprawiają, że wiele kobiet cierpi samotnie i nie otrzymuje potrzebnej im pomocy.

Zebrane dane wskazują, że zaburzenia nastroju w połogu wpływają na rozwój dzieci. Przeprowadzono badania wskazujące na częstsze występowanie nagłych zgonów niemowląt matek, u których stwierdzono zaburzenia nastroju [47].

Zaburzenia nastroju i wynikające z nich trudności sprawowania opieki nad dzieckiem mogą mieć negatywny wpływ na wypełnianie obowiązków opiekuńczych do tego stopnia, że zachodzi konieczność wnikliwej oceny matki przed wypisaniem jej ze szpitala do domu [29]. Mammen i wsp. [42] zwracają uwagę, że w niektórych przypadkach zaburzeniom depresyjnym u matek towarzyszą wybuchy gniewu, zaburzające w znacznym stopniu ich kontakt z dzieckiem. W badaniach longitudinalnych nad wpływem zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym na późniejszy rozwój dziecka Murray i wsp. stwierdzili, że dzieci, które

w okresie niemowlęcym miały kontakt z „nieczułymi” i „depresyjnymi” matkami nawet po kilku latach wykazywały zaburzenia poznawcze [50]. Cogill i wsp. [9] w badaniu nad rozwojem dzieci matek cierpiących w przeszłości z powodu zaburzeń afektywnych stwierdzili istotne różnice dotyczące funkcji intelektualnych u dzieci w wieku 4 lat, o ile zaburzenia depresyjne wystąpiły u matki w okresie pierwszego roku po porodzie. Badacze upatrują przyczyny w słabym funkcjonowaniu chorych kobiet w roli matki. Podobne badania przeprowadzili Sharp i wsp. [74], którzy stwierdzili wyraźnie niższy rozwój intelektualny u synów matek, które miały zaburzenia depresyjne w okresie pierwszego roku po porodzie. Wrate i wsp. [91] w badaniu trzyletnich dzieci stwierdzili, że dzieci matek, które miały epizod depresji w ciągu pierwszego roku po porodzie wykazują więcej zaburzeń zachowania niż ich rówieśnicy, których matki nie przejawiały takich zaburzeń. Interesujące fakty zarejestrował Spitz filmując karmiące piersią „neurotyczne” matki. Oto podczas karmienia zajęta swoimi problemami matka odstawia swoje dziecko od piersi, dopiero po chwili zauważa to i przystawia dziecko ponownie, aby mogło jeść dalej, przy czym do takich deprymujących sytuacji może dochodzić nawet kilka razy w ciągu jednego karmienia [cyt. za 68]. Areias i wsp. [2], Barnett i Morgan [3], przeprowadzili interesujące badania dotyczące związku zaburzeń poporodowych depresyjnych u matek i ojców. Areias i wsp. stwierdzili, że partnerzy kobiet przejawiających zaburzenia depresyjne sami też częściej mają zaburzenia tego typu niż pozostali. Mimo niestwierdzenia istotnych statystycznie różnic, autorzy ci widzą potrzebę roztoczenia opieki nad całą rodziną.

Badacze zajmujący się zaburzeniami nastroju w połogu zwracają uwagę, że optymalnym rozwiązaniem byłoby w razie konieczności hospitalizacji matki przyjęcie także jej dziecka [3, 12]. Dane pochodzące z oddziałów, które prowadzą działalność tego typu są bardzo zachęcające [12].

Z uwagi na znaczenie problemu, w wielu krajach przeprowadzono badania dotyczące zagadnienia zaburzeń nastroju w okresie połogu. Poza doniesieniami z krajów Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, znaleziono doniesienia z: Australii (także badania nad Wietnamkami i Arabkami), Emiratów Arabskich, Chorwacji, Japonii (także badania nad Japonkami rodzącymi w Wielkiej Brytanii), Hong Kongu, Malezji, Izraela. Na podstawie informacji uzyskanych w Głównej Bibliotece Lekarskiej można przypuszczać, że w Polsce zainteresowanie problemem poporodowych zaburzeń nastroju nie jest wielkie. Kwerenda ujawniła 6 prac [5, 24, 32, 36, 44, 51] dotyczących w przeważającej części problematyki porodu naturalnego. Niestety, w żadnej z tych prac nie próbowano szacować częstości występowania poporodowych zaburzeń nastroju u Polek, a takie badania mogłyby być przydatne.

PODSUMOWANIE

Obserwacje poczynione już na początku naszego wieku przez Bleulera [6], Kraepelina [37], Streckera i Ebaugh [76] oraz wyniki późniejszych badań przemawiają za tezą, że zaburzenia psychiczne występujące w połogu można zaklasyfikować do odpowiednich kategorii zaburzeń psychicznych, które mogą wystąpić także w innych okresach życia i że brak jest podstaw do stwierdzenia, że zaburzenia psychiczne w połogu miałyby stanowić odrębną grupę. W okresie połogu może pojawić się każdy rodzaj zaburzeń psychicznych występujących w tej grupie wiekowej, zarówno zaburzenia afektywne, jak i psychozy.

Uzasadniając częstsze występowanie zaburzeń psychicznych w połogu Thomas i Gordon [79] postawili trzy hipotezy:

- (1) poród stanowi źródło silnego stresu, zarówno fizycznego (zmiany hormonalne, utrata krwi i inne), jak i psychicznego (niechciana ciąża, trudności w przystosowaniu się do macierzyństwa),

- (2) poród jest jednym z wielu potencjalnych czynników wpływających na obecność już wcześniej (wrodzoną lub nabytą) podatność osobniczą – w tym przypadku trudne jest odróżnienie, w jakim stopniu poród wpłynął na wystąpienie objawów zaburzeń psychicznych i czy objawy te nie wystąpiłyby, gdyby pacjentka nie rodziła,
- (3) poporodowe zaburzenia nastroju są objawem „defektu” (osobowościowego lub fizjologicznego), specyficznie odnoszącego się do stosunku pacjentki do życia seksualnego i do macierzyństwa (tzw. hipoteza pięty achillesowej).

Hipotezy te mogą mieć zastosowanie w ocenie czynników wpływających na wystąpienie zaburzeń psychicznych w innych okresach życia. Istnieje wiele przesłanek, by uznać, że silny stres może wywołać pojawienie się objawów zaburzeń psychicznych (hipoteza 1), że osoby o „konstytucjonalnej” lub uwarunkowanej środowiskowo wzmoczonej podatności na zaburzenia psychiczne mogą przejawiać problemy w funkcjonowaniu społecznym związanym z rolą płciową (hipoteza 3), zaś co do faktu, że poród – jak wiele innych stresorów – może odegrać rolę wyzwalającą zaburzenia psychiczne (hipoteza 2), większość badaczy jest zgodna.

Obecny stan wiedzy pozwala na przeprowadzenie podziału poporodowych zaburzeń psychicznych następująco [64]:

- zaburzenia reaktywne, wynikające z przebiegu porodu, sytuacji rodzinnej matki, uwarunkowane w pewnym stopniu cechami jej osobowości,
- zaburzenia somatogenne, związane z zakażeniami okołoporodowymi i innymi powikłaniami położniczymi,
- zaburzenia stanowiące początek (lub zaostrzenie) chorób z grupy schizofrenii,
- zaburzenia stanowiące pierwszy (lub kolejny) epizod zaburzeń afektywnych, jedno lub dwubiegunowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Abou-Saleh M.T., Ghubash R.: The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 95, 428–432.
2. Areias M.E.G., Kumar R. i wsp.: Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *Br. J. Psychiatry* 1996, 169, 35–41.
3. Barnett B., Morgan M.: Postpartum psychiatric disorder: who should be admitted and to which hospital? *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1996, 30, 6, 709–714.
4. Beck A. i wsp.: An Inventory for Measuring Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961, 4, 53–63.
5. Bielawska-Batorowicz E.: Cięża i poród w świetle badań psychologicznych. *Przegl. Psychol.* 1987, 30, 3, 679–695.
6. Bleuler E.: *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Cyt. za: Sandler M. (red.): *Mental illness in pregnancy and the puerperium*. Oxford Univ. Press 1978.
7. Buist A., Barnett B.: Childhood sexual abuse: a risk factor for postpartum depression? *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1995, 29, 4, 604–608.
8. Cizza G., Gold P.W., Chrousos G.P.: High-dose transdermal estrogen, corticotrophin-releasing hormone, and postnatal depression. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1997, 82, 2, 704.
9. Cogill S.R. i wsp.: Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *BMJ* 1986, 292, 1165–1167.
10. Condon J.T., Corkindale C.J.: The assessment of depression in the postnatal period: a comparison of four self-report questionnaires. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1997, 31, 3, 353–359.
11. Cooper P.J. i wsp.: Non psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br. J. Psychiatry* 1988, 152, 799–806.
12. Cox J., Holden M. (red.): *Perinatal Psychiatry. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Gaskell 1996.
13. Cox J.L.: Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *Br. J. Psychiatry* 1979, 134, 401–405.
14. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* 1987, 150, 782–786.

15. Dalton K.: Prospective study into puerperal depression. *Br. J. Psychiatry* 1971, 118, 689–692.
16. Dalton K.: *The Pre-menstrual Syndrome and Progesterone Therapy*. William Heinemann Medical Books LTD, 1984.
17. Davidson J.R.T.: Postpartum mood change in Jamaican women: a description and discussion on its significance. *Br. J. Psychiatry* 1972, 121, 659–663.
18. Esquirol J.E.D.: *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical hygienique, et medico-legal*. Bailliere, Paris 1838.
19. Fink G., Sumner B.E., Rosie R., Grace O., Quinn J.P.: Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell. Mol. Neurobiol.* 1996, 16, 3, 325–344.
20. Fontaine K.R., Jones L.C.: Self-esteem, Optimism and Postpartum Depression. *J. Clin. Psychol.* 1997, 53, 1, 59–63.
21. Ghubash R., Abou-Saleh M.T.: Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *Br. J. Psychiatry* 1997, 171, 65–68.
22. Glover V., Liddle P. i wsp.: Mild Hypomania (the highs) can be a Feature of the First Postpartum Week. Association with Later Depression. *Br. J. Psychiatry* 1994, 164, 517–521.
23. Gregoire A.J.P. i wsp.: Transdermal estrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996, 374, 930–933.
24. Grubek H., Czajka R.: Czy istnieje zespół niepokoju związanego z ciążą i porodem. *Ginek. Pol.* 1988, 59, 355–358.
25. Hamilton M.: A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960, 23, 56–62.
26. Harris B. i wsp.: The use of rating scale to identify postnatal depression. *Br. J. Psychiatry* 1989, 154, 813–817.
27. Harris B. i wsp.: Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ* 1994, 308, 949–953.
28. Hickey A.R., Boyce P.M., Ellwood D., Morris-Yates A.D.: Early discharge and risk for postnatal depression [see comments]. *Med. J. Aust.* 1997, 167, 5, 244–247.
29. Hipwell A.E., Kumar R.: Maternal Psychopathology and Prediction of Outcome Based on Mother – Infant Interaction Ratings (BMIS). *Br. J. Psychiatry* 1996, 169, 655–661.
30. Iles S., Gath D., Kennerley H.: Maternity blues: 2. A comparison between post-operative women and postnatal women. *Br. J. Psychiatry* 1989, 155, 363–366.
31. Jarrahi-Zadeh A. i wsp.: Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *Br. J. Psychiatry* 1969, 115, 797–805.
32. Jastrzębski T., Kumor J.: Przebieg porodu po przygotowaniu psychoprolaktycznym w szkole rodzenia. IV Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 1989, 227–231.
33. Kendell R.E. i wsp.: Day to day mood changes after childbirth: further data. *Br. J. Psychiatry* 1984, 145, 620–625.
34. Kennerley H., Gath D.: Maternity blues: 1. Detection and measurement by questionnaire. *Br. J. Psychiatry* 1989, 155, 356–362.
35. Kit L.K., Janet G., Jegasothy R.: Incidence of postnatal depression in Malaysian women. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 1997, 43/80, 23, 1, 85–89.
36. Kozikowska-Popiel K.: Poród jako sytuacja psychologiczna. IV Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 1989, 185–190.
37. Kraepelin: *Lectures on clinical psychiatry*. Bailliere, London 1913.
38. Kumar R., Robson K.M.: A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br. J. Psychiatry* 1984, 144, 35–47.
39. Lanczik M. i wsp.: Postpartum Blues: Depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome. *J. Affect. Disord.* 1992, 25, 47–52.
40. Lazarus J.H., Ammari F., Oretti R., Parkes A.B., Richards C.J., Harris B.: Clinical aspects of recurrent postpartum thyroiditis. *Br. J. Gen. Pract.* 1997, 27/80, 47(418), 305–308.
41. Lee D.T., Wong C.K., Ungvari G.S., Cheung L.P., Haines C.J., Chung T.K.: Screening psychiatric morbidity after miscarriage: application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosom. Med.* 1997, 59, 2, 207–210.
42. Mammen O., Shear K., Greeno C., Wheeler S., Hughes C.: Anger attacks and treatment nonadherence in a perinatal psychiatry clinic. *Psychopharmacol. Bull.* 1997, 33, 1, 105–108.
43. Marce L.V.: *Traite de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchees et des nourrices*. Bailliere, Paris 1858.

44. Marianowski L.: Sprawozdanie z IX Międzynarodowego Kongresu przed- i okołoporodowej psychologii i medycyny. *Ginek. Pol.* 1989, 60, 7/9, 439–441.
45. Mc Ivor R.J. i wsp.: The growth hormone response to apomorphine at 4 days postpartum in women with a history of major depression. *J. Affect. Disord.* 1996, 40, 131–136.
46. Metz A. i wsp.: Changes in platelet alpha adrenoreceptor binding postpartum: possible relation to maternity blues. *Lancet* 1983, 5, 495–498.
47. Mitchel E.A., Thompson J.M.D., Stewart A.W.: Postnatal Depression and SIDS: a prospective study. *J. Paediatr. Child Health* 1992, 28, suppl. 1, S13–S16.
48. Montgomery S.A., Asberg M.: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 1979, 134, 382–389.
49. Murray L., Carrothers A.D.: The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br. J. Psychiatry* 1990, 157, 288–290.
50. Murray L., Hipwell A., Hooper R., Stein A., Cooper P.: The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1996, 37, 8, 927–935.
51. Neugebauer K.: Zagadnienia psychologii prenatalnej. IV Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 1989, 191–196.
52. Nott P.N. i wsp.: Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br. J. Psychiatry* 1976, 128, 379–383.
53. O'Hara M.W.: Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986, 43, 569–573.
54. O'Hara M.W. i wsp.: Prospective Study of Postpartum blues. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991, 48, 801–806.
55. Pariser S.F., Nasrallah H.A., Gardner D.K.: Postpartum mood disorders clinical perspectives. *J. Womens Health* 1997, 6, 4 421–434.
56. Paykel E.S. i wsp.: Life Events and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1969, 21, 753–760.
57. Pedersen C.A. i wsp.: Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and puerperium in women who have been major depressed or who became dysphoric postpartum. *J. Affect. Disord.* 1993, 29, 201–211.
58. Pitt B.: „Atypical” depression following childbirth. *Br. J. Psychiatry* 1968, 114, 1325–1335.
59. Pitt B.: Maternity blues. *Br. J. Psychiatry* 1973, 122, 431–433.
60. Pop V.J. i wsp.: Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in The Netherlands. *J. Affect. Disord.* 1992, 26, 105–110.
61. Posner N.A., Unterman R.R., Williams K.N., Williams G.H.: Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *J. Reprod. Med.* 1997, 33/80, 42, 4, 207–215.
62. Prichard J.C.: A treatise on insanity. Sherwood, Gilbert and Piper, London 1835.
63. Pritchard D.B., Harris B.: Aspect of Perinatal Psychiatric Illness – Review Article. *Br. J. Psychiatry* 1996, 169, 555–562.
64. Pużyński S.: *Depresje*. PZWL, 1988.
65. Pużyński S., Wciórka J. (red.): *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy diagnostyczne i wskazówki kliniczne*. Univ. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1997.
66. Pużyński S., Wciórka J. (red.): *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Univ. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1998.
67. Riecher-Rössler A.: *Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung*. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1997, 65, 3, 97–107.
68. Ringel E.: *Nerwica i samozniszczenie*. PWN 1992.
69. Robin A.A.: The psychological changes of normal parturition. *Psychiatr. Quart.* 36, 129–150.
70. Rohde L.A., Busnello E. i wsp.: Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 95, 231–235.
71. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: *Psychopatologia*. PTP 1994.
72. Sandler M. (red.): *Mental illness in pregnancy and the puerperium*. Oxford Univ. Press 1978.
73. Seeler M.J., Christiansen K., Wegmann R., Bohnet H.G.: *Personlichkeitsmerkmale, körperliche Beschwerden und mikrosomaler Schilddrüsen-Antikörper-Titer bei frisch entbundenen Frauen*. *Z. Geburtshilfe Neonatol.* 1996, 200, 4, 138–143.

74. Sharp D., Hay D.F., Pawlby S., Schmucker G., Allen H., Kumar R.: The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1995, 36, 8, 1315–1336.
75. Stowe Z.N., Steven M.D. i wsp.: Comorbid Postpartum Depression and Bereavement: A Complicated Case. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154, 3, 418–422.
76. Strecker E.A., Ebaugh F.G.: *Arch. Neurol.* 1926, 15, 139. Cyt. za: Sandler M. (red.): *Mental illness in pregnancy and the puerperium.* Oxford Univ. Press 1978.
77. Sugawara M. i wsp.: Pre-menstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *J. Clin. Psychology* 1997, 53, 3, 225–232.
78. Tarkka M.T., Paunonen M.: Social support provided by nurses to recent mothers on a maternity ward. *J. Adv. Nurs.* 1996, 23, 6, 1202–1206.
79. Thomas C.L., Gordon J.E.: *Am. J. Ment. Sci.* 1959, 238, 363. Cyt. za: Sandler M. (red.): *Mental illness in pregnancy and the puerperium.* Oxford Univ. Press 1978.
80. Todd E.D.M.: Puerperal depression – a prospective epidemiological study. *Lancet* 1964, 1264–1266.
81. Treadway R. i wsp.: A psychoendocrine study of pregnancy and puerperium. *Am. J. Psychiatry* 1969, 125, 86–92.
82. Viinamaki H., Niskanen L., Pesonen P., Saarikoski S.: Evolution of postpartum mental health. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 1997, 18, 3, 213–219.
83. Watson J.P. i wsp.: Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br. J. Psychiatry* 1984, 144, 453–462.
84. Wciórka J.: Współczesne klasyfikacje zaburzeń afektywnych. Wykład dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych. *Postępy Psychiat. Neurol.* 1997, 6, 109–126.
85. Webster J., Linnane J., Dibley L., Starrenburg S., Roberts J., Hinson J.: The impact of screening for risk factors associated with postnatal depression at the first prenatal visit. *J. Qual. Clin. Pract.* 1997, 17, 2, 65–71.
86. Wickberg B., Hwang C.P.: The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94, 181–184.
87. Wickberg B., Hwang C.P.: Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *J. Affect. Disord.* 1996, 39, 209–216.
88. Wickberg B., Hwang C.P.: Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 95, 62–66.
89. Wieck A., Kumar R. i wsp.: Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *BMJ* 1991, 303, 613–616.
90. Wisner K.L., Stowe Z.N.: Psychobiology of postpartum mood disorders. *Semin. Reprod. Endocrinol.* 1997, 15, 1, 77–89.
91. Wrate R.M. i wsp.: Postnatal depression and child development: a three year follow up study. *Br. J. Psychiatry* 1985, 146, 622–627.
92. Yalom I.D. i wsp.: „Postpartum blues” syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry* 1968, 18, 16–27.
93. Yoshida K. i wsp.: Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J. Affect. Disord.* 1997, 43, 69–77.
94. Zung W.W.K.: A Self Rating Depression Scale. *Arch. Gen. Psychiatry* 1965, 12, 63–70.
95. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM IV. Materiały szkoleniowe Ośrodka Psychoterapii Krótkoterminowej, Kraków 1997.

*Adres: Dr Katarzyna Borysewicz, Oddział Psychiatrii SPZZOZ,
ul. Niechorska 27, 72-300 Gryfice*