



Edynburska skala depresji poporodowej

The Edinburgh Postnatal Depression Scale

KATARZYNA BORYSEWICZ

Z Oddziału Psychiatrii SPZZOZ w Gryficach

STRESZCZENIE. Zaburzenia depresyjne występujące w okresie połogu stanowią szczególne zagrożenie zarówno dla matek jak i dzieci. Opisywana w niniejszej pracy i używana w wielu krajach Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale) wydaje się bardziej od innych skal użyteczna w badaniu położnic.

SUMMARY. Postnatal depression is a special risk both for mother and for children. Described in present work and used in many countries Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) seems particularly useful for women lying-in, better than others scales.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa / Edynburska Skala Depresji Poporodowej
Key words: postnatal depression / Edinburgh Postnatal Depression Scale

Od wielu lat wśród psychiatrów i psychologów trwa spór, czy depresja poporodowa stanowi odrębną jednostkę nozologiczną. Zarówno klasyfikacja ICD-10, jak i DSM-IV nie zawierają odrębnej kategorii dla „depresji poporodowej”. ICD-10 proponuje, aby jedynie w sytuacji, gdy brak jest dostatecznych przesłanek umożliwiających zaklasyfikowanie „depresji poporodowej” jako zaburzenia „czysto afektywnego”, (kodowanego w F30-39), zaklasyfikować depresję poporodową jako różnej ciężkości „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z położeniem, nie sklasyfikowane gdzie indziej” (F53), lub jako „zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wiążące ciężę, poród i połóg” (O99.3) [35]. DSM-IV używa jedynie dodatkowego określenia „z pojawieniem się po porodzie”, które stosuje się jako uzupełnienie rozpoznania różnych form zaburzeń nastroju [46]. Przeprowadzono wiele badań szukając wspólnego mianownika dla poporodowych zaburzeń depresyjnych [6], jednak mimo tego jedyna wspólna definicja depresji poporodowej mogłaby brzmieć: „zaburzenia na-

stroju występujące po porodzie”. Zaburzenia depresyjne występujące w tym okresie mogą być objawem choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej, schizofrenii, zaburzeń reaktywnych, zaburzeń osobowości lub występować jako objaw w przebiegu somatycznych powikłań okołoporodowych.

Wobec sprzecznych poglądów na etiologię, przebieg, a nawet czas pojawiania się depresji poporodowej – od 4 tygodni [46] do roku po rozwiązaniu [9, 29] – powstaje pytanie o sens wyodrębniania „depresji poporodowych”. Wydaje się, że przesłanki do szczególnego traktowania poporodowych zaburzeń nastroju są bardziej natury socjologicznej niż medycznej. Istnieją dane, by przypuszczać, że nawet przejściowe zaburzenia psychiczne występujące w okresie połogu mogą mieć długofalowy, negatywny wpływ na życie kobiety i jej rodziny. Brak odczuwania radości z powodu narodzin dziecka może wywołać u kobiety poczucie winy. Zaburzeniom może ulec kształtująca się więź między matką i dzieckiem. Obowiązki matki może przejąć dalsza rodzina, w skrajnych przypadkach może dojść nawet

do pozbawienia matki wpływu na wychowanie dziecka. Osobny problem stanowią sytuacje, kiedy poporodowe zaburzenia nastroju są początkiem rozwijających się później zaburzeń afektywnych lub psychotycznych. Mimo, że zdarzają się one stosunkowo rzadko, to z pewnością stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia matki i dziecka. Istotny też jest fakt, że okres poporodowy to czas, kiedy u dziecka dochodzi do powstawania *imprinting*. Wszelkie zaburzenia występujące w tym okresie mogą destrukcyjnie wpłynąć na późniejsze funkcjonowanie społeczne dziecka. Z oczywistych powodów nie przeprowadzono na ludziach eksperymentów naukowych porównywalnych z doświadczeniami Harlowów na małpach (*Macacus Rhesus*) [15, 44], jednak dane pochodzące z doświadczeń na zwierzętach skłaniają do zwrócenia szczególnej uwagi na rozwój psychiczny dziecka w okresie niemowlęcym i na czynniki, które mogą go zakłócić.

NARZĘDZIA OCENY ZABURZEŃ NASTROJU U KOBIET W POŁOGU

Matka jest osobą, która całkowicie odpowiada za zupełnie bezradnego noworodka i ważne jest to, aby była ona do tego zdolna. Niekiedy zachodzą wątpliwości, czy „poporodowa depresja” nie uniemożliwi matce sprawowania opieki nad dzieckiem. Biorąc pod uwagę, że liczba rodzących jest ogromna, niemożliwe jest, aby każdej położnicy zapewnić konsultację psychiatryczną lub psychologiczną. Nie sposób też wymagać od ginekologów i położnych szczególnej znajomości psychopatologii i badania psychiatrycznego każdej pacjentki. Optymalnym rozwiązaniem byłoby zatem zastosowanie krótkiego, przesiewowego badania oceniającego występowanie objawów depresyjnych u położnicy. Zastosowanie takich narzędzi służących ocenie objawów depresyjnych, jak skala oceny depresji Montgomery-Asberg (MADRS) [9, 32], „Skala depresji Hamiltona” (HDRS) [20], „Inwentarz depresji Becka” (BDI) [5, 9],

„Skala samooceny depresji” Zunga [9, 45] w okresie połogu jest ograniczone. Każda z tych skal zawiera punkty oceniające nasilenie depresji na podstawie objawów somatycznych (między innymi: zaburzenia ze strony układu pokarmowego, spadek masy ciała, zaburzenia snu, spadek libido). Płytki sen i bezsenność śródnocna, zaburzenia koncentracji, zmęczenie mogą wynikać z nagłego obciążenia matki licznymi obowiązkami związanymi z opieką nad noworodkiem. Objawy te, charakterystyczne dla normalnego przebiegu połogu, mogą powodować fałszywie podwyższone wyniki w skalach oceny depresji.

Świadomość ograniczenia w stosowaniu popularnych skal oceny depresji od dawna nurtowała badaczy zajmujących się problemami zaburzeń nastroju u kobiet w połogu. Optymalne narzędzie do przesiewowego badania zaburzeń nastroju w połogu powinno mieć następujące cechy:

-
- powinno być krótkie i zrozumiałe dla „przeciętnej” kobiety;
 - nie powinno zawierać objawów somatycznych;
 - powinno umożliwiać ocenę zaburzeń nastroju o nieznacznym nasileniu.
-

Żeby zmniejszyć czasochłonność badania i zminimalizować wpływ osoby badającej na jego wynik najlepiej byłoby, aby badana sama mogła zaznaczyć odpowiedzi. Odpowiedzi badanych powinny być porównywalne, zatem punkty powinny mieć charakter stwierdzeń lub pytań zamkniętych. Ponieważ wahania nastroju w połogu wykazują dużą dynamikę, to stosowane narzędzie powinno dawać możliwość ich częstej oceny.

EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ

Autorzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS) – John L. Cox, Jenifer

Tablica 1. Charakterystyka skali EPDS w badaniach różnych autorów

Autor	Kryterium walidacji	Wartość graniczna wyniku prawidłowego	Czułość	Specyficzność	Trafność diagnostyczna
Cox i wsp., 1987 [12]	Research Diagnostic Criteria	12	86–85%	78–77%	73–83%
Harris i wsp., 1989 [23]	DSM-III	13	95%	93%	nie podano
Murray i Carrothers, 1990 [33]	Research Diagnostic Criteria	10	83,6%	88,3%	nie podano
Wickberg i Hwang, 1996 [41]	DSM-III R	11	96%	49%	59%
Cox i wsp., 1996 [14]	Research Diagnostic Criteria, Goldberg's Clinical Interview Schedule	9	79%	85%	nie podano

M. Holden i Ruth Sagovsky doskonale zdawali sobie sprawę z ograniczeń w stosowaniu u położnic dotychczas istniejących skal [13]. 21 pytań, które uwzględniono w pierwszej, roboczej wersji nowej skali zaczerpnięto ze skali „Niepokoj, lęku i depresji” wg Snaitha, „Szpitalnej skali lęku i depresji” wg Zigmonda i Snaitha oraz skali „Lęku i depresji” wg Bedforda i Fouldsa. Autorzy dołączyli także własne pytania. Po dalszych badaniach ostatecznie wybrano 10 punktów, obecnych w obecnej wersji Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. W pierwszych czterech punktach odpowiedzi na pytania są podane i punktowane rosnąco (od 0 do 3), a w następnych malejąco (od 3 do 0) – prawdopodobnie w celu zapobieżenia „automatycznemu” udzielaniu odpowiedzi [8]. Walidacji skali dokonano w oparciu o badawcze kryteria diagnostyczne (*Research Diagnostic Criteria* – RDC) dla depresji. Przy wyniku powyżej 12 punktów w EPDS oceniono czułość na 86%, specyficzność na 78%, trafność prognostyczną na 73%. Ustalono również, że jeśli przyjęto wartość graniczną EPDS na 10 i więcej punktów, to wyniki fałszywie dodatnie występują u mniej niż 10% osób. W badaniach

na większej próbie uzyskano wyniki: czułość 85%, specyficzność 77%, trafność prognostyczna 83%. Rzetelność testu oceniono metodą połówkową na 0,88, przy współczynniku $\alpha=0,87$. Wykazano również, że zmiany nasilenia depresji w czasie przekładają się na wyniki w kolejnych badaniach przy użyciu EPDS [12].

Badania skali EPDS przeprowadzili także: Harris i wsp. [23], Murray i Carrothers [33], Wickberg i Hwang [41] (wyniki ich prac przedstawiono w tabl. 1). Badano także korelację skali EPDS z innymi skalami oceniającymi nasilenie depresji [23, 34, 41] (wyniki przedstawiono w tabl. 2).

Pierwszy artykuł omawiający Edynburską Skalę Depresji Poporodowej opublikowano w 1987 roku [12]. Stosowanie skali EPDS w badaniach zaburzeń nastroju w położu rozpowszechniło się bardzo szybko. Skalę stosowano do badania rozpowszechnienia poporodowych zaburzeń nastroju, używano jej także do oceny zmian nasilenia objawów chorobowych w przebiegu ich leczenia [2, 19, 36]. Dotychczas badano skalą EPDS kobiety w wielu krajach, między innymi: Wielkiej Brytanii, USA, Czechach, Niemczech, Francji, Holandii, Grecji, Indiach,

Tablica 2. Korelacja Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej z innymi skalami

Autor	Nazwa skali	Współczynnik korelacji
Harris i wsp., 1989 [23]	HDRS	0,78
	MADRS	0,61
Pop i wsp., 1992 [34]	BDI	0,59
	skala Zunga	0,57

Portugalii, Hiszpanii, Szwecji, Pakistanie [12], Australii [31], Emiratach Arabskich [17], Japonii [37], Hong Kongu [30], Malezji [28], Islandii [38].

Początkowo autorzy EPDS ograniczali jej stosowanie jedynie do okresu połogu, jednak zalety skali EPDS okazały się na tyle znaczące, że podjęto próby wykorzystania jej w badaniu zaburzeń nastroju występujących poza połogiem. Za pomocą EPDS badano kobiety w ciąży [7, 11]. Badano także zaburzenia nastroju występujące u ojców [3]. Walidacja EPDS przeprowadzona w grupie kobiet poza okresem połogu wykazała czułość 79%, specyficzność 85%. Użyteczność EPDS oceniono na tyle wysoko, że obecnie autorzy sugerują stosowanie tej skali do badania przesiewowego zaburzeń nastroju, pod nazwą Edynburskiej Skali Depresji [14]. W wielu badaniach wykazano, że EPDS jest akceptowana przez badane osoby [26, 13], niektórzy autorzy podkreślają znaczenie faktu, że niektórym osobom może być łatwiej zaznaczyć odpowiedzi w ankiecie niż mówić o swoich przeżyciach [26]

Na podstawie licznych prac prowadzonych w wielu krajach [10, 11, 16, 18, 21, 22, 24, 25, 27] można stwierdzić, że Edynburska Skala Depresji Poporodowej jest popularnym, wysoce cenionym narzędziem, służącym do szybkiej oceny nastroju u położnic. Nie zastępuje ona badania klinicznego, ale pozwala na wykonanie szybkiego badania przesiewowego wielu osób [39, 40, 42], identyfikując z dużą trafnością osoby, u których mogą występować zaburzenia nastroju.

Autorka niniejszej pracy wykorzystwała skalę EPDS w trakcie badań nad grupą po-

nad 100 Polek – pacjentek oddziału położniczego. Wyniki tych badań są opracowywane, jednak już teraz można stwierdzić, że skala EPDS jest zrozumiała dla pacjentek, które wypełniają ją bez kłopotu (o ile nie przejawiają dużych trudności w czytaniu).

PIŚMIENNICTWO

1. Abou-Saleh MT, Ghubash R: The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective, *Acta Psychiatr. Scand* 1997, 95, 428–432.
2. Appleby L: A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *B.M.J.* 1997, 314, 932–937.
3. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E: Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Brit. J. Psychiatry.* 1996, 169, 36–41.
4. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E: Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Brit. J. Psychiatry* 1996, 169, 30–35.
5. Beck A: An Inventory for Measuring Depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961, 4, 53–63.
6. Borysewicz K: Zaburzenia nastroju w okresie połogu: ich znaczenie, rozpowszechnienie i domniemane przyczyny. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999, 8, 445–456.
7. Boyce P, Hickie I, Parker G: Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression, *J. Affect. Disord.*, 1991, 21, 245–255.
8. Brzeziński J: Etapy konstruowania kwestionariusza osobowości, W: Sanocki W., Kwestionariusze osobowości w psychologii. PWN, Warszawa 1978.
9. Cooper PJ: Non psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of preva-

- lence, incidence, course and nature. *Brit. J. Psychiat.* 1988, 152, 799–806.
10. Cooper PJ, Murray L: Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Brit. J. Psychiatry* 1995, 166, 191–195.
 11. Cox JL, Murray D, Chapman G: A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Brit. J. Psychiatry* 1993, 163, 27–31.
 12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal depression Scale. *Brit. J. Psychiatry* 1987, 150, 782–786.
 13. Cox JL, Holden M. (red.): *Perinatal Psychiatry. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale.* Gaskell 1996.
 14. Cox-JL, Chapman G, Murray D, Jones P: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J. Affect. Disorders* 1996, 39, 185–189.
 15. Dröscher VB: *Rodzinne gniazdo.* Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.
 16. Fontaine KR, Jones LC: Self-esteem, Optimism and Postpartum Depression. *J. Clin. Psychology* 1997, 53, 59–63.
 17. Ghubash R, Abou Saleh MT: Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *Brit. J. Psychiatry* 1997, 171, 65–68.
 18. Glover V, Liddle P: Mild Hypomania (the highs) can be a Feature of the First Postpartum Week. Association with Later Depression. *Brit. J. Psychiatry* 1994, 164, 517–21.
 19. Gregoire AJP: Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996, 374.
 20. Hamilton M: A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1960, 23, 56–62.
 21. Hannah P: Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Brit. J. Psychiatry* 1992, 160, 777–80.
 22. Harris B: Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *B.M.J.* 1994, 308, 949–953.
 23. Harris B: The use of rating scale to identify postnatal depression. *Brit. J. Psychiatry* 1989, 154, 813–817.
 24. Harris B: Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *B.M.J.*, 1992, 305, 152–156.
 25. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris Yates AD: Early discharge and risk for postnatal depression. *Med. J. Aust.* 1997, 167, 244–7.
 26. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL: Counselling in general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *B.M.J.*, 1989, 298, 223–226.
 27. Kelly A, Deakin B: Postnatal depression and antenatal morbidity (letter). *Brit. J. Psychiatry*, 1992, 161, 577–578.
 28. Kit LK, Janet G, Jegasothy R: Incidence of postnatal depression in Malaysian women. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 1997, 23, 85–9.
 29. Kumar R, Robson KM: A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit. J. Psychiat.* 1984, 144, 35–47.
 30. Lee DT, Wong CK, Ungvari GS, Cheung LP, Haines CJ, Chung TK: Screening psychiatric morbidity after miscarriage: application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosom. Med.* 1997, 59, 207–210.
 31. Matthey S, Barnett BE, Elliott A: Vietnamese and Arabic women's responses to the Diagnostic Interview Schedule (depression) and self-report questionnaires: cause for concern. *Aust. N.Z.J. Psychiatry* 1997, 31, 360–269.
 32. Montgomery SA, Asberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Brit. J. Psychiat.* 1979, 134, 382–389.
 33. Murray L, Carrothers AD: The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Brit. J. Psychiat.* 1990, 157, 288–290.
 34. Pop VJ: Characteristic of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in The Netherlands. *J. Affect. Disorders*, 1992, 26, 105–110.
 35. Pużyński S, Wciórka J (red.): *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne, Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa* 1998.
 36. Stowe ZN: Comorbid Postpartum Depression and Bereavement: A Complicated Case. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154–153.
 37. Tamaki R, Murata M, Okano T: Risk factors for postpartum depression in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1997, 51, 93–8.
 38. Thome M: Emotional distress during a postpartum period from the second to the sixth month, assessed by community nurses. *Nordic Midwives and Research* 1991, 9, 25–27.

39. Warner R: Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Brit. J. Psychiatry* 1996, 168, 607–11.
40. Wickberg B, Hwang CP: Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta. Psychiatr. Scand.* 1997, 95, 62–6.
41. Wickberg B, Hwang CP: The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta. Psychiatr. Scand.* 1996, 94, 181–184.
42. Wickberg B, Hwang CP: Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J. Affect. Disorders.* 1996, 39, 209–16.
43. Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N: Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J. Affect. Disorders* 1997, 43, 69–77.
44. Zimbardo PG, Ruch FL: *Psychologia i życie*. PWN, Warszawa 1996.
45. Zung WKK.: A Self Rating Depression Scale. *Arch. Gen. Psychiatry* 1965, 12, 63–70.
46. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM IV (materiały szkoleniowe Ośrodka Psychoterapii Krótkoterminowej). Kraków, 1997.

Adres. Lek. Katarzyna Borysewicz, ul. Łąkowa 17/3, 72-300 Gryfice

Aneks

EPDS

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Edinburgh Postnatal Depression Scale

(tłumaczenie polskie za zgodą autora)

J.L. Cox

Pytania dotyczą Pani samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia. Proszę o podkreślenie właściwej odpowiedzi.

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia
 - 0 – tak często jak zazwyczaj
 - 1 – trochę rzadziej niż zwykle
 - 2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle
 - 3 – zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją
 - 0 – tak jak zawsze
 - 1 – rzadziej niż zwykle
 - 2 – zdecydowanie rzadziej niż zwykle
 - 3 – nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało
 - 3 – tak, w większości wypadków
 - 2 – tak, czasami
 - 1 – rzadko
 - 0 – wcale

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiliam się
 - 0 – zupełnie nie
 - 1 – raczej nie
 - 2 – tak, czasami
 - 3 – tak, bardzo często

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów
 - 3 – tak, często
 - 2 – tak, czasami
 - 1 – nie, raczej nie
 - 0 – nie, wcale

6. Wydarzenia przerastały mnie
 - 3 – tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady
 - 2 – czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle
 - 1 – przez większość czasu radziłam sobie dobrze
 - 0 – radziłam sobie tak dobrze jak zwykle

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy
 - 3 – tak, przez większość czasu
 - 2 – tak, czasami
 - 1 – rzadko
 - 0 – nie, wcale nie

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa
 - 3 – tak, przez większość czasu
 - 2 – tak, dosyć często
 - 1 – niezbyt często
 - 0 – nie, wcale nie

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam
 - 3 – tak, przez większość czasu
 - 2 – tak, dosyć często
 - 1 – tylko sporadycznie
 - 0 – nie, wcale nie

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy
 - 3 – tak, dosyć często
 - 2 – czasami
 - 1 – rzadko
 - 0 – nigdy

(Badane otrzymują do wypełnienia skalę bez punktów zamieszczonych przy poszczególnych wersjach odpowiedzi. Autorzy skali podkreślają konieczność zwrócenia uwagi na osoby, które ujawniają myśli o zrobieniu sobie krzywdy (pozycja 10), nawet, jeśli ich ogólny wynik uzyskany w badaniu jest niski.)