

Marzena Kaźmierczak, Grażyna Gebuza, Małgorzata Gierszewska

Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego

Emotional disorders after the delivery

STRESZCZENIE

W niniejszym artykule przedstawiono problematykę związaną z zaburzeniami emocjonalnymi występującymi w okresie poporodowym. Opisano etiologię zaburzeń z uwzględnieniem czynników biologicznych, demograficznych, społecznych, psychologicznych i ginekologiczno-położniczych. Scharakteryzowano rodzaje zmian emocjonalnych po porodzie, takie jak: przygnębienie poporodowe, depresja poporodowa, psychoza postnatalna i zespół stresu pourazowego. Przedstawiono również elementy rozpoznawania czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym, wczesnego wykrycia, leczenia, wpływu depresji matki na rozwój dziecka oraz rolę i zadania położnej w profilaktyce zaburzeń depresyjnych po porodzie w celu zapobiegania zagrożeniom dla matki i dziecka.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 503–511

Słowa kluczowe: okres poporodowy, depresja poporodowa, zaburzenia psychiczne, *baby blues*

ABSTRACT

The study presents problems connected with emotional disorders occurring in the postpartum period. We describe the etiology of disorders with reference to biological, demographic, social, psychological and gynecological and obstetric factors. We characterize the types of emotional changes after childbirth, such as baby blues (postpartum blues or maternity blues), postpartum depression, postnatal psychosis and PTSD. In this labor we present the elements of the recognition of risk factors, early detection and treatment of emotional disorders in the postpartum period and the impact of maternal depression on child development. We would like to present the role and tasks of the midwife in the prevention of depression after childbirth in order to prevent risks to both mother and child.

Nursing Topics 2010; 18 (4): 503–511

Key words: puerperal period, postnatal depression, psychic disorders, *baby blues*

„Rzeczy, których nie bierzesz pod uwagę, zdarzają się częściej, niż te o których myślisz”.

Titus Maccius Plautus

254–184 p.n.e.

Wstęp

Pełnienie roli matki jest wpisane w rolę społeczną kobiety zdecydowanie wyraźniej niż ojcostwo w rolę społeczną mężczyzny. Podkreśla się również biologiczną naturalność posiadania dziecka przez kobiety i dlatego przyjmuje się założenie, że zadania związane z opieką nad dzieckiem nie będą stwarzać trudności. Obserwacje kliniczne i wyniki coraz większej liczby badań wskazują jednak, że adaptacja do zadań związanych z pełnieniem roli rodzica nie jest prosta, a okres następujący po narodzinach dziecka może przynosić nie tylko oczekiwaną radość i spełnienie, ale także liczne

problemy, a nawet zaburzenia emocjonalne. Okres poporodowy może sprzyjać pojawieniu się nowych zaburzeń, nasilaniu się lub powtórnemu wystąpieniu zaburzeń istniejących wcześniej. Uwagę wielu badaczy skupia kwestia zaburzeń depresyjnych po porodzie, w tym ich etiologia, objawy i przebieg, a także konsekwencje dla rozwoju dziecka i funkcjonowania rodziny [1].

Zainteresowanie zaburzeniami psychicznymi po porodzie nie jest nowym zjawiskiem. Koncepcje przyczyn powstawania takich zaburzeń rozwijał już Hipokrates, nazywając je melancholią zależną od nadmiaru czarnej żółci [2, 3] lub łącząc pojawienie się zaburzenia

z przemieszczaniem się do głowy krwi z macicy lub pokarmu z piersi. W późniejszych czasach pojawiły się koncepcje zwracające uwagę na czynnik zakaźny, funkcjonowanie gruczołów mlecznych czy niedokrwistość ciężarnych [1]. Zainteresowanie zaburzeniami psychicznymi po porodzie powróciło w związku z odkryciem hormonów płciowych i ich znaczenia dla funkcjonowania układu nerwowego i wpływu na stan psychiczny kobiet [4].

Współczesne kobiety wykazują mniejszą odporność na skutki trudności emocjonalnych niż w poprzednich pokoleniach.

Nie zidentyfikowano jednoznacznych przyczyn występowania emocjonalnych zaburzeń poporodowych; są one bardzo złożone. Zaburzenia psychiczne występujące po porodzie to w większości zaburzenia afektywne. Występują one 2-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Szczególnie są narażone na nie kobiety w okresie rozrodczym, w tym podczas ciąży, porodu i połogu.

Okres połogu ma wyjątkowe znaczenie dla położnicy — matki i całej rodziny. Bezpośrednio po porodzie kobieta wymaga pomocy bliskich osób, a ze strony personelu medycznego oczekuje zrozumienia jej stanu emocjonalnego i postępowania pełnego delikatności i taktu. Przeżycia tego okresu mogą mieć wpływ na jej zdrowie przez resztę życia. Obecnie pobyt pacjentki na oddziale położniczym skraca się coraz bardziej. Tak więc, pozostaje ten krótki czas na obserwację i stwierdzenie, czy stan zdrowia matki jest dobry i że może ona bezpiecznie udać się do domu. Dlatego okres ten powinien być wykorzystany na dokładną obserwację jej stanu nie tylko fizycznego, ale i psychicznego [5]. Należy pamiętać, że połóg nie zawsze przebiega prawidłowo. Niejednokrotnie wiąże się z wieloma niebezpieczeństwami dla młodej matki, z których ona sama oraz jej rodzina nie zdają sobie sprawy.

Kobiety starają się przygotować do roli matki, lecz na ogół ograniczają się do przygotowania do porodu. Nie wszystkie umieją sobie wyobrazić, jak zmieni się ich życie. Sytuacja po powrocie do domu z dzieckiem często je przerasta. Ogólne rozbicie po porodzie, problemy z laktacją, płaczące dziecko, brak odpoczynku, mogą się przyczynić do rozwoju choroby, jaką jest depresja poporodowa [6].

Organizm kobiety w połogu potrzebuje czasu, aby osiągnąć równowagę. Musi ona odpoczywać, ale przede wszystkim zająć się dzieckiem. Nie ma wtedy czasu na gotowanie, sprzątanie i zajmowanie się domem. Jeśli musi to zrobić, niedostatecznie zajmuje się sobą i dzieckiem — wtedy pojawiają się problemy. Dlatego trzeba się nią zająć, przygotować dla niej posiłek, wyręczyć. Dopóki jest słaba, należy spełniać jej potrzeby.

Matki całą swoją uwagę powinny skupić na dziecku, karmieniu, opiece i pielęgnacji, muszą nawiązać

z maleństwem bliską więź. Powinny także regenerować własne siły. Praca matki trwa całą dobę. Powinna ona znaleźć godzinę lub dwie w tygodniu, żeby się zrelaksować, zregenerować, zrobić sobie przyjemność, odpocząć także od dziecka, jeśli tego potrzebuje. Matka wyczerpana nie jest w stanie odczuwać radości z macierzyństwa. Aby dawać miłość, musi zadbać o siebie, nie może się poświęcać [7].

Słowo „depresja” w języku potocznym oznacza przejściowe i szybko przemijające pogorszenie nastroju. W sensie medycznym to poważna choroba wymagająca leczenia [8]. Obejmuje ona szeroki zakres objawów: od poczucia braku szczęścia do ciężkich zaburzeń nastroju o „endogennym” biologicznym podłożu. Jest chorobą uleczalną, charakteryzującą się wieloma objawami. Istnieją również inne sposoby definiowania depresji, które nawiązują do koncepcji społecznych, egzystencjalnych i psychologicznych [3].

W latach 80. XX wieku Hopkins i wsp. [9] wyodrębnili trzy postacie klinicznych stanów depresyjnych okresu połogu: przygnębienie poporodowe, depresję poporodową i psychozę poporodową. Cytowany tradycyjny podział w świetle najnowszych badań jest już niewystarczający. W czasie połogu zaburzenia psychiczne u kobiet obejmują wiele chorób, wśród których należy wymienić: zespół stresu pourazowego, lęk napadowy, zaburzenia relacji emocjonalnych między matką a dzieckiem, zaburzenia relacji partnerskich, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia snu, stosunku do własnego ciała oraz gniew i rozczarowanie [10].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie poporodowym, czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej i dostrzeganie ich symptomów oraz znaczącej roli położnej w profilaktyce zaburzeń depresyjnych po porodzie w celu zapobiegania zagrożeniom dla matki i dziecka.

Epidemiologia

Przygnębienie poporodowe (*baby blues*) dotyczy 40–90% kobiet, nie powoduje zaburzeń funkcjonowania, nie wymaga stosowania farmakoterapii, ustępuje samistnie i przez wielu autorów jest traktowane jako normalny, przejściowy stan.

Depresje poporodowe występują w 10–15% wszystkich porodów. Ryzyko nawrotu zależy od przeszłości chorobowej. U kobiet, które nigdy wcześniej nie cierpiały na zaburzenia psychiczne, nawrót występuje u około połowy, w przypadku kobiet, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia nastroju oraz depresję poporodową, ryzyko sięga 100%.

Psychozy poporodowe pojawiają się u 1 osoby na 500 pierworódek. Następny poród powoduje nawrót psychozy u 30% kobiet [11].

Zespół stresu pourazowego wiąże się z bardzo ciężkim porodem lub urodzeniem martwego dziecka [12]. Zdarza się średnio 1 na 1000 porodów. U podstawy zaburzenia leży przeżywanie porodu przez kobietę jako wybitnie traumatycznego przeżycia, rozpamiętywanie go i postrzeganie dziecka przez pryzmat przykrych doświadczeń porodowych [13].

Etiologia

Dokonując analizy etiologicznej, wyznaczono czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

Czynniki biologiczne dotyczą głównie sfery hormonalnej. W ciągu kilku dni po porodzie stężenie progesteronu, estradiolu i wolnego estriolu spada o około 90–95%. Nagłe zmniejszenie stężenia progesteronu w organizmie koreluje z obniżeniem nastroju w pierwszym tygodniu po porodzie, potem nie obserwuje się związku między stężeniem progesteronu a objawami depresyjnymi. Małe stężenie estrogenów w organizmie kobiety wiąże się z występowaniem napięcia przedmiesiączkowego, depresji poporodowej oraz depresji związanej z menopauzą. Stężenie estrogenów, podobnie jak progesteronu, zmniejsza się gwałtownie po porodzie, nie ma jednak jednoznacznych danych potwierdzających wpływ estrogenów na występowanie poporodowych zaburzeń psychicznych. Poszukuje się także związku między hormonami tarczycy a zaburzeniami występującymi po porodzie. Tyroksyna osiąga wysokie stężenie w surowicy w III trymestrze ciąży, po porodzie zaczyna spadać, a w ciągu 3 tygodni dochodzi do poziomu sprzed ciąży. U około 10% kobiet 4–5 miesięcy po porodzie występuje niedoczynność tarczycy, którą niektórzy autorzy uważają za główną przyczynę depresji poporodowej o późnym początku [1, 14, 15]. Kolejną substancją, której spadek obserwuje się w okresie poporodowym, jest beta-endorfina. Sugerowano, że większa podatność na zaburzenia nastroju występujące u kobiet, u których poporodowy spadek stężenia beta-endorfiny jest gwałtowniejszy [16]. Wyniki badań nad zmianami stężenia cholesterolu, które przed porodem jest bardzo wysokie, sugerują zależność pomiędzy jego obniżonym stężeniem po porodzie a nasileniem objawów depresyjnych [17].

Mimo że w niektórych badaniach potwierdzono związek depresji ze zmianami hormonalnymi po porodzie, trudno jednak wskazać wyraźny wzór tych zmian i jednoznacznie przewidywać pojawienie się depresji poporodowej z samego tylko stężenia hormonów [1].

Badania historii zaburzeń nastroju w rodzinach dostarczają dowodów na istnienie ich biologicznego tła. Ryzyko wystąpienia zaburzeń poporodowych jest znacznie większe u pacjentek spokrewnionych w pierwszej linii z kobietami, które miały w przeszłości zaburzenia poporodowe. Sugeruje to genetyczne uwarunkowanie poporodowych zaburzeń psychicznych. Na podstawie

badania Burt i Hendrick (2005 r.) stwierdzono, że psychoza poporodowa jest bardziej prawdopodobna u kobiet w pierwszej ciąży, jeśli u ich krewnych po porodzie pojawiły się zaburzenia psychotyczne [1].

Czynniki psychospołeczne mogą powodować zaostrenie lub pogłębienie zaburzeń emocjonalnych. Stresujące wydarzenia życiowe, nawet te pozytywne (np. polepszenie sytuacji finansowej, awans w pracy męża) w trakcie ciąży oraz w okresie poporodowym stanowią bardzo istotny czynnik ryzyka. Wszelkie zmiany w sytuacji życiowej kobiety powodujące konieczność adaptacji do nowych warunków, a w konsekwencji obciążające psychiczne mechanizmy regulujące, działają jako stresory zwiększające ryzyko [18]. Eberhard-Gran i wsp. (2004 r.) wykazali, że depresji poporodowej sprzyjają nie tylko negatywne wydarzenia życiowe, jakich kobieta doświadcza w okresie ciąży (np. problemy w pracy zawodowej, trudności materialne, konflikty w rodzinie), ale także zakłócone relacje z partnerem. Wyniki badań Sender (1999 r.) wykazały, że w okresie ciąży i po porodzie podwyższone wskaźniki depresji wyraźnie korelują z niskim wsparciem społecznym i niskim zadowoleniem z uzyskiwanego wsparcia [1]. Ważną rolę odgrywają również inne zmienne charakteryzujące przedporodową sytuację kobiet: brak zatrudnienia, wiek poniżej 25 lat, niski poziom wykształcenia, zajście w nieplanowaną ciążę, złe relacje z matką, nieprawidłowe relacje z partnerem, samotność kobiety, co najmniej dwa niekorzystne wydarzenia życiowe w ciągu roku poprzedzającego ciążę, konflikty małżeńskie oraz brak satysfakcji ze związku (tab. 1). W badaniach epidemiologicznych dowiedziono, że u kobiet, u których występowały liczne urazy psychologiczne, trudna sytuacja życiowa, niski status socjoekonomiczny, nie stwierdza się większej częstości zachorowań niż w grupach kobiet pozbawionych psychospołecznych czynników ryzyka [15, 18, 19].

Tabela 1. Socjoekonomiczne czynniki wywołujące stres

Table 1. Socio-economic factors causing stress

Brak wsparcia społecznego
Negatywne zdarzenia życiowe
Niepewność zatrudnienia
Brak doświadczenia w opiece nad dziećmi
Nieplanowana ciąża
„Pesymizm przedporodowy”
Złe relacje małżeńskie lub brak męża
Złe relacje z matką
Wielokrotne porody

Źródło: Steiner M., Yonkers K. Depresja u kobiet. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999; 34 [15]

Do czynników związanych z ciążą i porodem można zaliczyć: niechcianą ciążę, negatywne doświadczenia związane z porodem (poczucie bezradności, braku kontroli, uprzedmiotowienia, ciężki, długotrwały poród, kleszcze, próżnościąg), dziecko urodzone przedwcześnie, niewłaściwe przybieranie na wadze dziecka, częsty płacz dziecka, problemy związane z opieką nad dzieckiem, problemy zdrowotne noworodka, a także wcześniejsze poronienia i porody martwych dzieci, zwłaszcza, kiedy kobieta reagowała na nie reakcją pourazową, która usposabia do wystąpienia większej liczby objawów depresyjnych przy następnej ciąży [20, 21]. Kolejną przyczyną jest nieprawidłowa opieka przedporodowa, a zwłaszcza brak przygotowania przed porodem, informacji o potencjalnych trudnościach w okresie perinatalnym, brak wsparcia, ograniczenie zakresu opieki, brak zrozumienia i wyjaśnień ze strony profesjonalistów oraz grup wsparcia. Przyczyny te zwiększają bezradność, zagubienie, powodują dezinformację i dezorientację, na przykład w zakresie karmienia naturalnego czy opieki nad noworodkiem [22].

Czynniki psychiczne wiążą się głównie z odpornością psychiczną oraz działaniem mechanizmów obronnych w trudnych sytuacjach. Odporność zależy od dojrzałości emocjonalnej, temperamentu, typu reagowania. Obniżają ją takie czynniki, jak: nastawienie lękowe, brak wiary w siebie, złe doświadczenia, zmęczenie, ból, brak snu, patologiczny przebieg i/lub negatywne odczucia związane z porodem [23]. Do czynników sprzyjających rozwojowi depresji poporodowej zalicza się wcześniejsze epizody zaburzeń nastroju — zarówno związane, jak i niezwiązane z porodem. U kobiet z depresją poporodową występuje 30–35-procentowe ryzyko nawrotu po kolejnej ciąży. Kobiety, u których wcześniej występowały epizody depresji niezwiązane z ciążą, charakteryzują się około 30-procentowym ryzykiem depresji poporodowej. Natomiast w przypadku kobiet cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe ryzyko wystąpienia poporodowych zaburzeń nastroju wynosi około 25–60% [1, 24]. W badaniach Wasilewskiej-Pordes [18] wykazano, że depresja przed porodem i po nim występowała u 53% badanej grupy, natomiast w badaniach Herona i wsp. (2004 r.) 43,7% badanych doświadczyło depresji przed porodem i po nim [1].

Do innych niekorzystnych czynników predysponujących do wystąpienia zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego można zaliczyć poczucie niezaspokojenia potrzeb intelektualnych, pozbawienie młodej matki odpoczynku, relaksu czy kontaktów towarzyskich [22] (tab. 2–3).

Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego a rozwój dziecka

Depresyjne zaburzenia nastroju związane z okresem poporodowym są brzemiennie w skutkach nie tylko dla samej kobiety. Odnotowano ich wpływ na relacje z partnerem i rodziną. Na podstawie badań stwier-

Tabela 2. Czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej
Table 2. Risk factors for postpartum depression

Socjoekonomiczne czynniki wywołujące stres
Występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości
Występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie
Cechy osobowości (obsesyjno-kompulsyjne, lękowe, panika itp.)

Źródło: Steiner M., Yonkers K. Depresja u kobiet. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999; 34–35 [15]

Tabela 3. Dodatkowe czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej

Table 3. Additional risk factors for postpartum depression

Próby samobójcze w przeszłości
Problemy związane z poprzednimi ciążami (poronienia, aborcja lub chore dziecko)
Zła opieka prenatalna
Niedożywienie
Używanie narkotyków, alkoholu

Źródło: Steiner M., Yonkers K. Depresja u kobiet. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999; 34–35 [15]

dzono, że nierozpoznana, a tym samym nieleczona lub leczona niewłaściwie depresja tego okresu ma niekorzystny wpływ na społeczny, emocjonalny i poznawczy rozwój dziecka. Problemy osobowościowe i emocjonalne stanowią ważną przeszkodę w pełnieniu roli matki, ponieważ utrudniają emocjonalną relację z dzieckiem, wpływają na jakość opieki nad nim i zmniejszają poczucie wartości kobiet oraz ich wiarę w udany bliski związek z dzieckiem [25]. Depresyjne kobiety mogą być apatyczne, rozdrażnione i wrogie w stosunku do noworodka. Niechętnie angażują się w kontakt z dzieckiem i często nie reagują na jego potrzeby [26]. Matka wskutek depresji może być niezdolna do empatycznego kontaktu z niemowlęciem i reagować odrzuceniem. Objawy depresji poporodowej utrudniają matce zaangażowanie się w wystarczającą interakcję z dzieckiem [25]. Depresyjna matka dostarcza dziecku mniej stymulacji niezbędnej do rozwoju poznawczego. Jest mniej wrażliwa na sygnały wysyłane przez dziecko, reaguje na nie z opóźnieniem lub nie reaguje wcale, co sprawia, że interakcje dziecka z otoczeniem ulegają zakłóceniu. Dzieci depresyjnych matek uzyskują pod koniec 1. i 2. roku życia na ogół niższe wyniki w standardowych testach mierzących rozwój poznawczy [1]. W badaniach przeprowadzonych przez Grace i wsp. [27] stwierdzono, że matki depresyjne rzadziej adresowały swoje wypowiedzi bezpośrednio do dzieci. Dzieci kobiet cierpiących na depresję poporodową są zamknięte w sobie, wycofane, mniej radosne i chętne do zaba-

wy, a także bardziej predysponowane do zachorowania na depresję [25]. Wasilewska-Pordes [18] wymieniła negatywne skutki depresji poporodowej dla rozwoju i funkcjonowania dziecka w pierwszych latach życia: dla noworodków (mniejsza aktywność, większa drażliwość i nerwowość, mniej pozytywnych reakcji mimicznych, zaburzenia rytmu snu i czuwania, tendencja do wyższego poziomu hormonów stresu); dla niemowląt i małych dzieci (depresyjny rodzaj interakcji, mniejsza masa ciała i siła fizyczna, opóźnienie w rozwoju motorycznym); dla dzieci w wieku przedszkolnym (zachowania depresyjne, zachowania agresywne, zachowania niezyciwe i pozbawione empatii, podwyższony poziom hormonów stresu). W badaniach empirycznych wskazano ponadto, że dzieci matek, które chorowały na depresję po porodzie, częściej są nadpobudliwe psychoruchowo i mają kłopoty z koncentracją uwagi.

Przegląd badań związku depresji poporodowej u matek z rozwojem dzieci wskazuje na kilka interesujących zależności. Gorsze wyniki w skalach mierzących rozwój poznawczy nie wiążą się wyłącznie z samym faktem pojawienia się u matki zaburzeń emocjonalnych, ale również z czasem trwania depresji, warunkami socjalnymi rodziny i płci dziecka. Depresja dotyczy z niższym poziomem wykształcenia, w gorszej sytuacji materialnej. Na negatywne skutki depresji poporodowej są narażeni chłopcy. Matki depresyjne częściej odrzucają swoje dzieci, odczuwają w kontakcie z nimi silny gniew. Na podstawie badań Seimyr i wsp. (2004 r.) stwierdzono, że depresyjne matki karmiły swoje dzieci piersią przez krótki okres i oceniały ten sposób karmienia jako trudny i obciążający [1].

Wnioski o związkach poporodowej depresji z rozwojem dziecka powinno się formułować ostrożnie. Nie można ignorować roli depresji w poznawczym rozwoju dziecka, gdyż negatywny efekt depresji potwierdzono w licznych badaniach. Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego są niekorzystne dla rozwoju dziecka wówczas, gdy utrzymują się przez długi czas i współwystępują z innymi czynnikami negatywnie oddziałującymi na rozwój dziecka [1].

Typologia zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego

Przygnębienie poporodowe (inaczej zwane również: *postpartum blues depression*, *maternity blues*, *baby blues*, smutek poporodowy, chandra, osłabienie świadomości, zespół trzeciego dnia, smutek poporodowy). Jest to bardzo powszechne (dotyczące 50–85% kobiet po porodzie), łagodne zaburzenie afektywne, o samoograniczającym się charakterze, w zasadzie należące do fizjologicznej reakcji kobiety na poród, niekiedy traktowane jako *end reaction* (reakcja końcowa) na sytuację stresową, jaką jest ciąża i poród.

Smutek poporodowy rozwija się między 1. a 14. dniem po porodzie, osiągając swoje maksimum między 3. a 7. dniem, czyli w okresie, na który przypadają największe zmiany hormonalne (spadek stężenia progesteronu, estrogenów, kortyzolu, wzrost stężenia prolaktyny). W rzadkich przypadkach może się utrzymywać nawet do 3 miesięcy. Nasilony, nieustępujący smutek poporodowy może się przekształcić w depresję poporodową. Objawia się: umiarkowanym obniżeniem nastroju, labilnością emocjonalną, płaczliwością, napięciem, drażliwością, nadmierną wrażliwością na bodźce, uczuciem wyczerpania, nastawieniem hipochondrycznym, trudnościami z koncentracją uwagi, częstymi bólami głowy, zaburzeniami snu, spadkiem apetytu, niekiedy uczuciem wrogości wobec męża [12]. Wszystkie te objawy są czymś normalnym przez pierwszych kilka tygodni po narodzinach dziecka i zazwyczaj same ustępują. Jeśli kobieta ma typowe objawy *baby blues*, nie wymaga pomocy medycznej, raczej odpoczynku i emocjonalnego wsparcia ze strony najbliższych osób, które dadzą jej poczucie bezpieczeństwa. Wyrozumiałość i pomoc w zwykłych domowych obowiązkach pozwolą jej szybko odzyskać wewnętrzny spokój [28].

Postpartum blues powinien ustąpić do 3 miesięcy, nie wymaga on leczenia psychiatrycznego, ale wsparcia i zapewnienia poczucia bezpieczeństwa. Wśród kobiet, u których wystąpiła wczesna faza depresji poporodowej, zwana *postpartum blues depression*, około 20% zachoruje na znacznie poważniejszą jej postać, depresję poporodową [18].

Depresja poporodowa (inaczej zwana również: *pure postpartum depression*, depresja postnatalna, *post baby depression*) dotyczy 10–20% kobiet. Jest to zaburzenie o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu pojawiające się zwykle 2–3 tygodnie po porodzie. W niektórych przypadkach początek zaburzenia stwierdza się 4–5 miesięcy po porodzie w związku z występującą wówczas niedoczynnością tarczycy. Epizod trwa zwykle 3–9 miesięcy, lecz gdy depresja nie jest leczona u 25% kobiet jeszcze rok po porodzie stwierdza się objawy depresji. Charakterystycznym zjawiskiem jest bardzo bogata, niekiedy teatralna, na pokaz, ekspresja przygnębienia z płaczliwością, częstymi skargami na nieznośny smutek czy zmęczenie. Występuje wysoki poziom lęku, z napadami paniki, agorafobią, nadmierna i nieadekwatna troska o zdrowie własne i dziecka [12]. W przebiegu depresji występują często natrętne myśli (treści związane ze zrobieniem krzywdy dziecku), myśli samobójcze, trudności z koncentracją, zaburzenia snu (zwykle trudności z zaśnięciem) [11].

Niekiedy nasilenie objawów neurotycznych jest tak duże, że może maskować depresję. W negatywnej samoocenie chorej na depresję poporodową dominują: poczucie nieudolności i nieodpowiedzialności w opiece nad dzieckiem, a także przekonanie o małej atrak-

Tabela 4. Objawy okołoporodowych zaburzeń nastroju
Table 4. The symptoms of perinatal mood disorders

Bezsennaść
Zaburzenia jedzenia
Depresja/rozdrażnienie
Brak energii/nieemożność funkcjonowania
Odsunięcie od ludzi/izolacja społeczna
Narzekanie na brak wsparcia społecznego
Niewłaściwa interpretacja zachowań dziecka
Problemy z pamięcią, koncentracją, logicznym myśleniem
dezorientacja, zagubienie, zamartwianie się

Źródło: Steiner M., Yonkers K. Depresja u kobiet. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999; 36 [15]

cyjności. Chora bardzo często skarży się na poczucie osamotnienia, bycia niezrozumianą, a także trudności w okazywaniu uczuć — zwłaszcza miłości — osobom bliskim (tab. 4).

Psychoza poporodowa dotyczy około 0,1–0,2% kobiet w okresie poporodowym. Rozwija się od kilku dni do 3 miesięcy po porodzie (najczęściej w ciągu pierwszego miesiąca). Z reguły charakteryzuje się obrazem maniakałnym, rzadziej przypomina epizod mieszany lub schizofrenię. Rozwija się gwałtownie, jej wczesne objawy to: bezsenność, a nawet brak snu przez kilka kolejnych dni, brak odczuwania głodu, pobudzenie, drażliwość, dysforia, unikanie kontaktów z dzieckiem, niepodjęcie opieki nad dzieckiem. Pojawiają się omamy i urojenia o treści związanej z dzieckiem czy porodem (np. przekonanie o nawiedzeniu dziecka przez demona, głosy nakazujące zabicie siebie lub dziecka). Niekiedy psychoza poporodowa może przypominać ostry zespół mózgowy przejawiający się zaniepokojeniem, rozproszeniem uwagi, oszołomieniem, splątaniem, czasami nawet łagodnymi stanami deliryjnymi.

Psychoza poporodowa rozwija się najczęściej u pierworódek, z wcześniejszymi rozpoznaniem choroby dwubiegunowej czy psychozy schizofrenicznej. Kolejnym czynnikiem ryzyka tego zaburzenia jest bliskie pokrewieństwo z osobami chorującymi na psychozy. Większą liczbę rozpoznań psychozy poporodowej obserwuje się u kobiet, które urodziły drogą cięcia cesarskiego. Przypadki tego zaburzenia ze względu na zagrożenie życia matki lub dziecka wymagają hospitalizacji oraz intensywnego leczenia psychiatrycznego [15].

Ostra stresowa reakcja poporodowa [zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD, *post-traumatic stress disorder*)] zdarza się średnio raz na 1000 porodów. Rozpoczyna się podczas porodu lub w ciągu pierwszych godzin po urodzeniu dziecka. U podstawy zaburzenia leży

przeżywanie porodu przez kobietę jako wybitnie traumatycznego przeżycia, rozpamiętywanie go i postrzeganie dziecka przez pryzmat przykrych doświadczeń porodowych [29]. Doniesienia na temat zespołu stresu pourazowego jako wyniku trudnego porodu, istniejące w literaturze amerykańskiej, podkreślają znaczenie bólu doznawanego podczas porodu, utraty poczucia kontroli nad sytuacją oraz braku wsparcia ze strony partnera i personelu [30].

Wykrywanie poporodowych zaburzeń nastroju

Matki (szczególnie pierworódki) mogą nie zdawać sobie sprawy, że ich doświadczenie wykracza poza normę stanu psychicznego i fizycznego kobiety po porodzie. Poza tym nacisk społeczny czy rodzinny na to, aby być dobrą matką, powoduje, że kobieta niejednokrotnie boi się lub wstydzi przyznać do odczuwanych przez nią dolegliwości. Oprócz tego kobieta cierpiąca na depresję poporodową, nierozumiejąca swojej choroby, często myśląc, że „postradała zmysły”, martwi się, że jeżeli podzieli się swoimi myślami z lekarzem, zostanie zamknięta w szpitalu psychiatrycznym i odizolowana od dziecka. We wczesnym, skutecznym wykrywaniu depresji poporodowej ważna jest ocena stanu psychicznego kobiety w ciągu 3 miesięcy po urodzeniu dziecka, czyli w okresie, w którym ryzyko pojawienia się depresji poporodowej jest największe. Szczególnie wnikliwej obserwacji powinno się poddać kobiety z grup zwiększonego ryzyka.

Bardzo czułym testem wykrywającym poporodowe zaburzenia nastroju jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Jest to kwestionariusz samooceny mający na celu wykrycie objawów depresyjnych. Został opracowany w Livingston i Edynburgu w 1987 roku przez Coxa i wsp. Skala składa się z 10 krótkich pytań; na każde z nich matka odpowiada samodzielnie, wybierając jedną z 4 możliwych odpowiedzi, najlepiej charakteryzującą jej odczucia w ciągu ostatnich 7 dni. Matki, które uzyskują punktację graniczną (12, 13 pkt na 30 pkt możliwych), prawdopodobnie cierpią na zaburzenia depresyjne o różnym nasileniu. W przypadkach budzących wątpliwość badanie powtarza się po 2 tygodniach. Edynburska Skala Depresji Poporodowej została zaprojektowana specjalnie do wykrywania poporodowych zaburzeń nastroju i na jej podstawie nie można wykryć u młodej matki nerwicy lękowej czy zaburzeń osobowości. Po raz pierwszy kobieta powinna wypełnić EPDS w 1. tygodniu po porodzie — najlepiej w 3. dniu po porodzie. Powtórne badanie z użyciem EPDS wykonuje się w 6. tygodniu [9, 18]. Istotne jest także prawidłowe zebranie wywiadu chorobowego. Najlepszą metodą badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej jest uzyskanie dobrego kontaktu z położnicą [3].

Nasuwa się pytanie: Czy wszystkie matki należy poddawać badaniu przesiewowemu w kierunku depre-

sji poporodowej? Oczywiście nie, jednak lekarz położnik, pediatra, położna pracująca na oddziale położniczym, położna środowiskowa powinni zawsze pamiętać o potencjalnym ryzyku wystąpienia zaburzeń położniczych i być wyczuleni na objawy depresji oraz innych emocji. W razie wątpliwości należy skorzystać z kwestionariusza EPDS lub bardziej szczegółowo ocenić nastrój kobiety.

Leczenie depresji poporodowej

Po rozpoznaniu poporodowych zaburzeń nastroju należy podjąć decyzję o ewentualnej hospitalizacji matki, a także o tym, czy dziecko powinno pozostać przy matce. Zarówno zajmowanie się dzieckiem przez matkę chorą na depresję, jak i oddzielenie dziecka od matki mogą mieć niekorzystny wpływ na rozwój emocjonalny dziecka, dlatego też należy dokładnie ocenić zdolność matki do opieki nad dzieckiem i rozważyć negatywne i pozytywne skutki każdego z tych rozwiązań.

Drugą kwestią jest wybór metody leczenia. Kobiety z reguły nie chcą rezygnować z karmienia piersią, nie godząc się również na przyjmowanie leków w przekonaniu, że mogą one zaszkodzić dziecku. W przypadku konieczności stosowania leku przeciwdepresyjnego należy unikać karmienia dziecka w czasie, gdy osiąga on największe stężenie w osoczu (2–3 godziny po podaniu leku). Powinno się przepisywać lek w najmniejszej skutecznej dawce, unikać stosowania wielu leków i monitorować stan zdrowia dziecka [3].

Profilaktyka poporodowych zaburzeń emocjonalnych

W działaniach profilaktycznych zasadniczym celem jest zapobieganie zjawiskom szkodliwym i wpływającym na pogorszenie stanu zdrowia. W przypadku zaburzeń psychicznych w okresie poporodowym bardzo ważne jest rozpoznanie czynników ryzyka przed ciążą oraz w czasie opieki nad ciężarną w okresie około- i poporodowym w celu ich złagodzenia lub eliminacji. Niektóre kobiety są narażone bardziej niż inne na wystąpienie zaburzeń emocjonalnych. Jest wskazane, aby kobieta zdawała sobie sprawę z zagrożeń. Wśród wielu działań uwzględnia się: edukację w okresie ciąży, psychoprofilaktykę, utrzymanie ciągłości opieki medycznej, zapewnienie życzliwości i wsparcia personelu medycznego, opiekę psychiczną na oddziale, współpracę z rodziną, eliminację czynników negatywnych w przebiegu ciąży i porodu, edukację oraz pomoc w okresie poporodowym w szpitalu i w domu, wzmocnienie kompetencji matki (pomoc grup wsparcia) [22]. Należy rozwijać koncepcję „pozytywnego promowania zdrowia psychicznego” przez pomoc młodym matkom w budowaniu kontaktów społecznych (często znajomości nawiązują się w szkole rodzenia), poporodowe grupy wsparcia, grupy matki i dziecka oraz w razie potrzeby

bardziej konkretne dyskusje z profesjonalistami o rodzicielstwie i o wyobrażeniach na temat macierzyństwa. Lekarz rodzinny, położnik, pediatra, położna środowiskowa odgrywają także istotną rolę w budowaniu relacji terapeutycznej z matką i pomagają w obserwacji matki w kierunku wczesnych oznak depresji [3].

W przypadku wystąpienia podejrzenia występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym zasadnicze znaczenie ma odróżnienie typowych reakcji emocjonalnych od patologicznych. Służą temu specjalne sposoby oceny stanu psychicznego młodej matki. Jest to ukierunkowany wywiad zawierający aktualny stan psychiczny w opinii matki połączony z aktywnym słuchaniem oraz obserwacją ukierunkowaną 30 min/dobę (ocena umiejętności radzenia sobie z karmieniem i opieką nad dzieckiem, wcześniejsze zaburzenia psychiczne, zmiany lub dziwne zachowania kobiety niepokojące ją lub rodzinę). W obserwacji należy zwrócić szczególną uwagę na objawy oraz ich częstość, czas trwania, intensywność, dbałość pacjentki o podstawowe potrzeby (odżywianie, sen, odpoczynek, kontakt z otoczeniem), właściwą opiekę nad dzieckiem i kontakt psychiczny.

Jednym z najpewniejszych sposobów oceny stanu psychicznego jest EPDS [22]. Wynik powyżej 10 punktów lub pozytywne zaznaczenie odpowiedzi dotyczących chęci samoookaleczenia wymagają wnikliwej oceny klinicznej stanu psychicznego kobiet w okresie połogu [9, 22, 31].

W działaniach profilaktycznych bardzo ważne jest również wdrożenie do samoobserwacji, samoopieki oraz wczesnej reakcji na niepokojące objawy emocjonalne. Działania podejmuje się z zastosowaniem metod wsparcia (informacyjnych, emocjonalnych, psychicznych, rzeczowych) [22]. Udowodniono korzystny wpływ zwyczajowego wsparcia i poradnictwa w pomaganiu matkom w zmaganiach z objawami depresji i odzyskaniu kontroli nad własnym życiem. Matki akceptują tę formę bardziej niż farmakoterapię. Poradnictwo jest skuteczne w przypadku depresji łagodnej i umiarkowanej, a stosowanie leków przeciwdepresyjnych w cięższych zaburzeniach emocjonalnych i długotrwałych. Ważną rolę odgrywają także wsparcie ze strony otoczenia i „racjonalne dodawanie otuchy”. Pomoc z zewnątrz można znaleźć za pośrednictwem licznych organizacji [3].

Stosuje się także zasady i metody psychoterapii elementarnej, takie jak: asystowanie, doradzanie, zachęcanie, pouczanie, mobilizowanie, pomaganie. Zastosowanie znajdują także niespecyficzne metody psychoterapii, na przykład wzmocnianie poczucia własnej wartości, wzbudzanie nadziei, optymizmu, wsparcie psychiczne, akceptacja, życzliwość, ciepło. Ważne jest właściwe udzielanie informacji, rad, zaleceń, ułatwianie kontaktu z bliskimi (wsparcie społeczne), umożliwie-

nie wyrażania negatywnych uczuć, ukierunkowanie wypowiedzi, odreagowanie emocji. Metody pomagające odreagować to aktywne słuchanie oraz odzwierciedlanie uczuć i emocji [22].

W działaniach profilaktycznych ogromne znaczenie ma opieka przedporodowa, którą proponują szkoły rodzenia. Udział w nich jest jednym z najskuteczniejszych sposobów rozwiązywania problemów stojących przed położnicą. Na podstawie badań stwierdzono, że zaufanie do siebie samej, świadomość poradzenia sobie z czekającym porodem i z opieką nad dzieckiem po porodzie zwiększają się u tych kobiet. Pomoc wykwalifikowanych pracowników, którzy przekazują praktyczne informacje o problemach rodzicielstwa, ma ogromne znaczenie. Nauczanie przedporodowe może również pomóc w kontaktach poporodowych między partnerami.

Należy również wspomnieć, że wsparcie emocjonalne może wpłynąć na skutki porodu. Obecność bliskiej osoby przy kobiecie rodzącej, która wspiera ją emocjonalnie, nie tylko skraca czas porodu o połowę, zmniejsza odczuwanie bólu, ale w sposób znaczący zmniejsza częstość występowania powikłań u matki i jej dziecka [32].

Znaczącą rolę w opiece nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą przypisuje się położnej. To właśnie położna staje się dla młodej matki najbliższą i najważniejszą osobą, której zachowanie, wiedza, życzliwość i pomoc będą miały wpływ na przebieg porodu. Trzeba pamiętać o tym, że pacjentka najpierw jako rodząca, a potem już jako matka w ciągu krótkiego okresu znajduje się po raz pierwszy w niezwykłych okolicznościach, w różnych pomieszczeniach, wśród różnych i obcych jej ludzi, że wszystko jest dla niej nieznane.

Do zadań położnej w okresie porodu należy ścisła obserwacja stanu ogólnego i położniczego, a także psychicznego. Położna powinna zwracać baczną uwagę na potrzeby emocjonalne położnicy, stanowić „podporę psychiczną”.

Oddziały położnicze powinny mieć dostateczną obsadę personalną, aby położne miały co najmniej 30 minut codziennie na uważne słuchanie problemów każdej położnicy. Położna powinna zachęcić młodą matkę do opowiadania wszystkiego o swoich odczuciach i o przeżyciach związanych z porodem. Uważne, aktywne słuchanie może odnosić skutek leczniczy, a ponadto ułatwia wczesne wykrycie przypadków, w których występują lub tworzą się problemy emocjonalne [32].

Stan psychiczny w okresie okołoporodowym ulega zmianom ze względu na ograniczenia, takie jak przeszkody (np. zmęczenie, brak snu), straty (np. urody, wolności) lub dolegliwości (np. ból, lęk). Organizm kobiety uruchamia mechanizmy obronne, które w szczególnych przypadkach są niewystarczające, aby sprostać nowej roli, jaką powoduje radykalna zmiana sytuacji życiowej [22].

Położna powinna pomóc młodej matce włączyć się w proces odzyskiwania przez nią wewnętrznego spokoju i odnajdywania się w nowej roli, udzielając jej kil-

ka wskazówek. Sprawą najważniejszą dla kobiety po porodzie, obok troski o dziecko, jest sen. Czułość — młoda matka bardzo teraz potrzebuje emocjonalnego wsparcia, nie powinna wstydzić się tego; śmiech — odczuwanie radości jest jedną z oznak powrotu dobrego nastroju i wewnętrznego spokoju [33]. Położna udziela informacji na temat zdrowego stylu życia położnicy, z dużą ilością warzyw i owoców. Wiele składników odżywczych wpływa na nastrój i poziom stresu, na przykład witaminy z grupy B i C. Stres powoduje ubytek witamin i minerałów w organizmie [34].

Położna proponuje matce wychodzenie z domu raz w tygodniu na przynajmniej 2 godziny, organizując na czas nieobecności opiekę nad dzieckiem. Motywuje położnicę do uprawiania gimnastyki poporodowej, gdyż ćwiczenia fizyczne powodują uwalnianie endorfin, które odpowiadają za dobre samopoczucie. Ćwiczenia dają także poczucie sukcesu, dzięki czemu człowiek ma lepsze mniemanie o sobie [3].

Do zadań położnej należy także kierowanie matek do grup wsparcia (np. kobiety karmiące) w celu dzielenia się informacjami oraz udzielanie emocjonalnego i psychicznego wsparcia, korzystanie z konsultacji psychologicznej i psychiatrycznej. W doradztwie psychologicznym istnieje wiele metod i technik terapeutycznych, na przykład terapia poznawczo-behawioralna (metoda zmierza do osiągnięcia pozytywnego nastawienia przez korygowanie błędnych przekonań na temat siebie samego i świata), terapia interpersonalna (metoda opiera się na przeświadczeniu, że do nasilenia objawów stresu przyczynia się życie w źle funkcjonujących związkach) [34].

Położna powinna kierować kobiety z grup ryzyka do poradni specjalistycznych, takich jak Poradnia dla Kobiet w Ciąży i Matek Małych Dzieci „Początek”, Stowarzyszenie na Rzecz Niezależnych Inicjatyw Rodziny LATONA, do ośrodków psychoterapii specjalistycznej [22].

Podsumowanie

Czas ciąży i porodu dla wielu kobiet jest okresem długo wyczekiwany, ale i trudnym pod względem psychologicznym. Z czysto medycznego punktu widzenia istotna jest przede wszystkim ocena dobrostanu somatycznego matki i dziecka, jednak, biorąc pod uwagę właśnie dobro matki i dziecka, nie można zapominać o tak ważnym stanie emocjonalnym kobiet ciężarnych, rodzących i położnic oraz o wynikających z niego niekiedy istotnych problemach, mających wpływ zarówno na przebieg samego porodu, jak i porodu. Te graniczne doświadczenia mają potem istotny wpływ zarówno na relacje między matką i dzieckiem, jak i na dalsze postawy rodzicielskie [35].

Istotne znaczenie mają zarówno monitorowanie stanu psychicznego kobiet, jak i najszybsze podejmowanie interwencji terapeutycznych ze względu na poważne konsekwencje, jakie zaburzenia psychiczne niosą ze sobą dla matki i dziecka. Choroba może przejściowo

brać trwale zaburzyć funkcjonowanie rodziny i związku małżeńskiego oraz sprawić, że pacjentka będzie miała poczucie niesprawdzenia się w roli matki, straci dobry kontakt z dzieckiem, a także zacznie się obawiać ponownego zajścia w ciążę [36].

Być może niniejsza praca będzie stanowić materiał pozwalający pracownikom ochrony zdrowia, a zwłaszcza położnym na lepsze zrozumienie, jak ważnym zagadnieniem są zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego.

Wnioski

1. Dysponując wiedzą o czynnikach ryzyka i mechanizmach powstawania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym, pracownicy ochrony zdrowia, a zwłaszcza położne z oddziałów położniczych i położne środowiskowe, powinny podejmować działania zapobiegające.
2. Istnieje stała potrzeba doksztalcenia położnych w poradniach, oddziałach ciąży powikłanej, salach porodowych, oddziałach położniczych oraz położnych środowiskowych w dziedzinie rozpoznawania czynników ryzyka i wczesnych objawów zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego, a także wdrażania właściwego postępowania z pacjentkami z tego rodzajem zaburzeń.
3. Ważne wydaje się zatrudnienie na oddziałach położniczych psychologów, doradców i konsultantów laktacyjnych, pomagających w utrzymaniu laktacji oraz organizowaniu poradni laktacyjnych, które stanowią miejsce wsparcia dla młodych matek.
4. Istotne wydaje się wprowadzenie do polskich szpitali badań przesiewowych w kierunku wykrywania wczesnych objawów poporodowych zaburzeń emocjonalnych u położnic z grup wysokiego ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005: 221–242.
2. Reroń A., Gierat B., Huras H. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekologia Praktyczna* 2004; 3: 32–35.
3. Hallström C., McClure N. Depresja. Odpowiedzi na pytania. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005; 3: 70–77.
4. Casper R.C. (red.). Women's health: Hormones, emotions and behavior. Cambridge University Press, Cambridge 1998.
5. Bręborowicz G.H. (red.). Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 185.
6. Ostrowska A. Matka w depresji. *Mag. Piel. Położ.* 2006; 12: 32.
7. Agrawal P. Opieka nad kobietą w porożu. *Matkowanie matce. Mag. Piel. Położ.* 2007; 6: 36.
8. Daniluk D. Choroba, której nie można lekceważyć. *Depresja. Mag. Piel. Położ.* 2005; 1–2: 24.
9. 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.
10. Brockington I.F. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363: 303–310.
11. Szewczuk-Bogusławska M., Kiejna A. Zaburzenia psychiczne związane z porodem. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2001; 10 (supl. 1): 36–37.

12. Dudek D., Siwek M., Zięba A. i wsp. Depresja poporodowa. *Przegląd Lekarski* 2002; 59 (11): 919–922.
13. Kosińska-Kaczyńska K., Horosz E., Wielgoś M. i wsp. Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie — analiza rozpowszechniania i czynników ryzyka. *Ginekol. Pol.* 2008; 79: 182–185.
14. Błaszczak K., Łukasik A., Wojcieszyn M. i wsp. Występowanie depresji u położnic w 1. tygodniu porożu. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2002; V (supl. XXV): 223–227.
15. Steiner M., Yonkers K. Depresja u kobiet. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999: 31–47.
16. Kostowski W., Pużyński S. Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna. PZWL, Warszawa 1996.
17. Ploekinger B., Dantendorfer K., Ulm M. i wsp. Rapid decrease of serum cholesterol concentration and postpartum depression. *BMJ* 1996; 313: 664.
18. Wasilewska-Pordes M. Depresja porodowa u kobiet. Wydawnictwo Radamsa, Kraków 2000: 68–220.
19. Hobfoll S.E., Ritter C., Lavin J. i wsp. Depression prevalence and incidence among inter-city pregnant and postpartum woman. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63: 445.
20. O'Hara M.W., Schlechte J.A., Lewis D.A. i wsp. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J. Abnorm. Psychol.* 1991; 100: 63.
21. Turton P., Hughes P., Evans C.D.H., Fainman F. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br. J. Psychiatry* 2001; 178: 556.
22. Kaźmierczak M., Sipiński A. Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 413–416.
23. Kmita G. Wybrane problemy psychologiczne u kobiet w okresie poporodowym. W: Chazan B. (red.). Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego. PZWL, Warszawa 1997: 298–306.
24. Freeman M.P., Keck P.E., McElroy S.L. Postpartum depression with bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 652.
25. Kossakowska-Petrycka K. Adaptacja polskiej wersji kwestionariusza oceny ryzyka depresji poporodowej. *Postępy Psych. Neurol.* 2007; 16 (4): 303–308.
26. Affonso D.D., De A.K., Horowitz J.A., Mayberry L.J. An international study exploring level of postpartum depressive symptomatology. *J. Psychosom. Res.* 2000; 49: 20716.
27. Grace S.L., Evindar A., Stewart D.E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health* 2003; 6: 263–274.
28. Buist A. Zaburzenia psychiczne okresu poporodowego. *Medycyna Praktyczna — Ginekologia i Położnictwo* 1999; 4: 43–54.
29. Łukasik A., Błaszczak K., Wojcieszyn M. i wsp. Charakterystyka zaburzeń afektywnych u położnic w 1. tygodniu porożu. *Ginekol. Pol.* 2003; 74: 1194–1199.
30. Ściepuro A., Wilkowska A., Landowski J. Zaburzenia stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu. *Postępy Psych. Neurol.* 2005; 14 (supl. 1/20): 4–7.
31. Wojcieszyn M., Łukasik A., Błaszczak K. i wsp. Akceptowalność skal samooceny depresji przez pacjentki we wczesnym porożu. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2002 (supl. XXV); 5.
32. Jo A., Levy V., Roch S. (red.). Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995: 59–74.
33. Banasiak-Parzych B. Baby blues. *Mag. Piel. Położ.* 2001; 7–8: 47–48.
34. Rosenthal M.S. Depresja. Wydawnictwo Bauer-Weltbild Sp. z o.o., Sp. k., Klub dla Ciebie, Warszawa 2002: 81–104.
35. Podolska M., Majewska A. Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych stosowane przez matki w porożu. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2007; 43 (4): 64–67.
36. Watkins M.E., Newport D.J. Psychosis in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (6): 1349–1353.