Jedną z „twarzy depresji” jest depresja poporodowa. Obniżony nastrój i apatia tuż po porodzie są normą. Zjawisko to nazywane „baby blues” (lub inaczej smutek poporodowy) dotyczy od 50 do 80 procent mam. Zwykle pojawia się w okresie tak zwanego nawału mlecznego. Nasilenie „baby blues” zaczyna się w piątym, szóstym dniu po porodzie. Trwa około dwóch tygodni. Nie włącza się wówczas żadnego leczenia, ale powinno się obserwować kobietę, by uchwycić moment, kiedy wahanie nastroju przyjmie postać chorobową, czyli depresji. Podczas „baby blues” mamy bywają smutne i płaczliwe, ale nie tracą kontaktu z niemowlakiem, nie mają problemu z bezsennością i nie myślą o samobójstwie, jak może mieć miejsce w przypadku depresji poporodowej.

**Objawy depresji poporodowej**

Nie są znane jednoznaczne przyczyny występowania depresji, dotyczy to również depresji poporodowej. Wiadomo, jakie są jej objawy:

* obniżenie nastroju – kobieta często płacze nawet bez powodu; jest rozdrażniona, smutna i przygnębiona przez większą część dnia;
* zaburzenie napędu – brakuje energii do wykonywania nawet podstawowych czynności; pojawia się spowolnienie lub pobudzenie, a przy tym kobieta szybciej się męczy;
* utrata zainteresowań – kobietę przestają cieszyć rzeczy, które do tej pory sprawiały radość; traci zainteresowanie swoimi pasjami;
* anhedonia, czyli niemożność przeżywania radości i przyjemności;
* obniżona samoocena, poczucie bezwartościowości (np. myślenie o sobie: „Jestem złą, beznadziejną matką”, „Nie nadaję się do roli matki”);
* nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy (np. „Nie opiekuję się dzieckiem tak, jak powinnam”, „Za mało poświęcam się dla dziecka, dlatego jestem złą matką”, „Za dużo myślę o sobie, a za mało o dziecku”);
* poczucie bezradności i nie radzenia sobie w roli matki (np. „Opieka nad dzieckiem mnie przerasta, kompletnie się do tego nie nadaję”)
* bezsenność (lub nadmierna senność); trudności z zaśnięciem po nocnym karmieniu dziecka;
* nawracające myśli o śmierci, myśli i próby samobójcze (to bardzo niepokojący objaw, jeśli się pojawi konieczna jest konsultacja z psychiatrą!);
* zmniejszenie lub wzrost apetytu;
* zaburzenia funkcji poznawczych: słabsza koncentracja, kłopoty z pamięcią;
* stany lękowe – związane m.in. z często bezpodstawnym zamartwianiem się o zdrowie dziecka, a także opieką nad nim itp.).

**Czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej**

Źródłem stresu po porodzie są zmiany w wielu aspektach życia kobiety. Nie każda matka jest w stanie sama poradzić sobie z emocjami. Najtrudniej mają kobiety, które nie mają wsparcia ze strony męża, partnera, najbliższej rodziny. Samotne matki i kobiety żyjące w trudnych, konfliktowych relacjach są w grupie ryzyka. Podobnie jak perfekcjonistki, dla których priorytetem jest zrealizowanie scenariusza „idealnej matki”. Depresja poporodowa jest uwarunkowana wieloczynnikowo.

**Czynniki biologiczne**

Czynniki biologiczne nie zostały jeszcze ostatecznie potwierdzone w badaniach naukowych (Olde, 2006). Niektórzy naukowcy twierdzą, że jakikolwiek wpływ na przebieg porodu (np. zabieg kleszczowy, cesarskie cięcie, środki farmakologiczne itp.) ma niekorzystny wpływ na młodą mamę. Tej hipotezy jeszcze nie udało się dowieść. Wiadomo natomiast, że w tym czasie hormony u kobiety dosłownie szaleją. W ostatnim trymestrze ciąży wzrasta tyroksyna (hormon produkowany przez tarczycę), by tuż po porodzie znacząco spaść. Dochodzą bardzo duże wahania hormonów płciowych – estrogeny i progesteron spadają. W ciągu kilku dni po porodzie znacząco wzrasta poziom prolaktyny, czyli hormonu, który umożliwia karmienie piersią. Te wszystkie czynniki biologiczne mają wpływ na chwiejność emocjonalną kobiet, ponieważ przez ich ciało przechodzi „hormonalne tornado”. Zdarza się, że młoda mama nagle płacze, a za moment wybucha głośnym śmiechem.

Kolejnym biologicznym wyzwaniem jest laktacja, nawał mleczny i dolegliwości z tym związane. Podczas karmienia dziecka mogą pękać brodawki, zdarzają się obrzęki piersi, co sprawia kobiecie ból. Do tego dochodzi przemęczenie i brak snu (lub sen przerywany) z powodu konieczności nakarmienia dziecka średnio co dwie, trzy godziny przez całą dobę. Bezsenność prowadzi do rozdrażnienia i obniżenia nastroju. Natura znalazła jednak sposób na złagodzenie matczynych trudów. Podczas karmienia wydziela się oksytocyna, nazywana „hormonem miłości”. W przypadku zdrowych kobiet wyzwala potrzebę bliskości i pomaga stworzyć prawidłową więź z dzieckiem.

**Czynniki genetyczne**

Istnieją dowody na genetyczne uwarunkowanie depresji poporodowej (Steiner, 1999). Jeśli matka ciężarnej w przeszłości chorowała na depresję poporodową, to istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że jej córka po urodzeniu dziecka również zachoruje na depresję. Kobiety doświadczające tej choroby mają trudność z nawiązaniem prawidłowej relacji z dzieckiem. To wyzwanie zdaje się również mieć podłoże genetyczne. Badania dowiodły, że kobiety chorujące na depresję poporodową postrzegały relacje z własnymi matkami jako mniej satysfakcjonujące (Uddenberg i Nilsson, 1975), a także postrzegały swoje matki jako istotnie mniej troskliwe (Gotlib, Whiffen, Wallace, Mount, 1991).

**Czynniki psychiczne**

Do czynników psychicznych można zaliczyć zarówno rys osobowościowy, jak i sposoby radzenia sobie w sytuacji stresującej, w tym przypadku związanej z nową rolą życiową i zmianą w rodzinnym domu. Thomas Holmes oraz jego współpracownicy opracowali Skalą Ponownego Przystosowania Społecznego (Social Readjustment Rating Scale – SRRS), która określa poziom stresu. Ciąża zdobyła w niej aż 40 punktów na 100 możliwych, a pojawienie się nowego członka rodziny – 39 (Holmes i Rahe, 1967). Obie sytuacje uznano tylko za nieco mniej stresujące niż np. „zmiana stanu zdrowia członka rodziny” (44 punkty) i „odejście na emeryturę” (45 punktów).

Kobiety z neurotycznymi cechami osobowości, czyli nadwrażliwe, z pesymistycznym obrazem świata i siebie, lękowe, czy też perfekcjonistki są bardziej narażone na wystąpienie u nich depresji poporodowej. Zwykle jednak silna psychiczna więź pomiędzy matką i dzieckiem wiąże się z intensywnym odczuwaniem pozytywnych emocji. Jej pojawienie się jest nowym doświadczeniem dla kobiety. Matczyna miłość powinna dać poczucie siły i odporność na stres. Z kolei długotrwałe odczuwanie skrajnej radości nazywane „eustresem” również może okazać się obciążeniem dla kobiety. Nadmiar zarówno emocji pozytywnych jak i negatywnych uderza w podstawy równowagi psychicznej.

Przy dziecku pojawiają się nowe emocje, których kobieta dopiero się uczy. Zdarza się, że po porodzie jest zmuszona do zmiany życiowych planów, a nawet całego systemu wartości. To wszystko bez wątpienia stresuje. Łatwiej radzą sobie młode matki, które są otwarte na zmiany, elastyczne i mają dobrą samoocenę. Dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka w książce „Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym” wymienia umiejętności społeczne, które sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem po porodzie. To m.in.:

* zdolność do nawiązywania satysfakcjonujących relacji z ludźmi;
* sprawna komunikacja z otoczeniem;
* umiejętność zwracania się po wsparcie i pomoc;
* umiejętność planowania i realizowania celów oraz rozwiązywania problemów.

**Czynniki społeczne**

Najważniejsze, żeby kobieta nie czuła się osamotniona w niezwykle odpowiedzialnej roli matki. Wsparcie partnera i rodziny jest kluczowe. Zdarza się, że po porodzie matka przestaje być otoczoną troską, opieką, a czuje się bez przerwy kontrolowana i pouczana – nawet przez obce, choćby podczas wizyt patronażowych położnej, czy pielęgniarki, które zwykle mają jak najlepsze intencje, ale mogą być źle odebrane przez stan, w jakim znajduje się młoda matka. Ponadto presja społeczna, czy rodzinna na karmienie piersią powoduje, że kobiety, które z różnych powodów nie są w stanie tego robić, czują się niepełnowartościowe i niespełnione w roli matki. U części kobiet karmiących dziecko sztucznym mlekiem występuje obniżenie nastroju, związane z przeżywaniem porażki i poczuciem winy.

**Skala zachorowań na depresję poporodową**

W podręcznikach psychiatrii możemy przeczytać, że depresji poporodowej doświadcza od 10 do 20 procent matek. Według GUS-u w Polsce w 2015 roku urodziło się ponad 270 tysięcy dzieci. Można zatem przypuszczać, że około 27 tysięcy ich matek po porodzie zachorowało na depresję. W 2015 roku w ramach NFZ-u na depresję poporodową leczyło się… 51 kobiet! Na tak szokująco małą liczbę ma wpływ bardzo wiele czynników.

Po pierwsze, wiele kobiet przed ciążą leczyło się na depresję i dlatego znalazły się one wśród pół miliona Polaków, których terapię w 2015 roku sfinansował NFZ. Po drugie, wielu ginekologów, regularnie kontrolujących kobiety po urodzeniu dziecka, nie diagnozuje depresji poporodowej. Po trzecie, wiele kobiet wraca po porodzie z dzieckiem do domu i uważa, że musi samodzielnie poradzić sobie ze swoim obniżonym nastrojem, bo inaczej okaże się, że jest złą matką. Po czwarte, zwykle matki nie mówią najbliższym o tym, że źle się czują. Mąż jest w pracy, a żona zostaje z dzieckiem sama w czterech ścianach. Po piąte, uznaje się, że po porodzie kobiety mogą się gorzej czuć, dlatego bagatelizuje się objawy depresji. Po szóste, kolejki do specjalistów są tak długie, że część kobiet leczy się prywatnie i NFZ nie ma dostępu do tych statystyk. Do tego dochodzi poczucie wstydu i wówczas wybór pada na prywatną wizytę u psychiatry, by leczenie depresji poporodowej pozostało tajemnicą. Lista powodów wątpliwej skuteczności walki z tą chorobą jest znacznie dłuższa.

**Leczenie depresji poporodowej**

Nieleczona depresja może doprowadzić do tragedii, ponieważ jest to choroba śmiertelna, której jednym z objawów są myśli samobójcze. Jeśli objawy utrzymują się dłużej niż dwa miesiące od porodu, należy udać się do specjalisty. Zdarza się, że przesłanki do zdiagnozowania tej choroby pojawiają się nawet do roku po urodzenia dziecka. Możliwy jest też scenariusz, że przez kilka miesięcy po porodzie kobieta czuje się dobrze, radzi sobie w nowej roli, nagle na przykład po trzech, czy pięciu miesiącach jej nastrój wyraźnie spada i zaczyna chorować. W przypadku tak zwanych lekkich i umiarkowanych stanów depresyjnych zaleca się zwykle tylko psychoterapię, by kobieta mogła karmić piersią bez obaw, jakie wiążą się z farmakoterapią. W przypadku ciężkiej depresji lekarz może zaproponować elektrowstrząsy, które są bardzo bezpieczną i skuteczną formą walki z chorobą.

**Psychoterapia**

Za najskuteczniejszą psychoterapię dla osób cierpiących na depresję, w tym depresję poporodową uważa się terapię interpersonalną i poznawczo-behawioralną. Z najnowszych badań wynika, że w przypadku kobiet chorujących na depresję poporodową bardziej skuteczna okazała się psychoterapia indywidualna niż grupowa, a psychoterapia interpersonalna skuteczniejsza niż poznawczo-behawioralna (Sockol i in., 2011). Terapia interpersonalna koncentruje się na relacjach międzyludzkich i nauce prawidłowej komunikacji, która w przypadku depresji niemal zawsze jest zaburzona. Osoby zmagające się z tą chorobą mają problem z nazwaniem tego, co się z nimi dzieje. Przez to odsuwają się od najbliższych i nie potrafią z nimi rozmawiać o swoich doświadczeniach. Z kolei „behavior” oznacza zachowanie. Podczas terapii poznawczo-behawioralnej poznaje się m.in. schematy swoich zachowań, które należy zmienić.

Badania pokazują, że kobiety chorujące na depresję poporodową często mają nierealistyczne oczekiwania wobec siebie. Chcą być idealną matką, która odpowiedzialnie, bez doświadczania konfliktu, opiekuje się dzieckiem, domem, partnerem i dba o karierę zawodową (Adcock 1993). Jednak stałe powstrzymywanie złości może prowadzić do utraty kontroli nad negatywnymi uczuciami, co stanowi poważne zagrożenie zarówno dla samopoczucia matki, jak i dla dziecka. Jeśli maleństwo przez dłuższy czas jest narażone na negatywne stany emocjonalne matki, to w pewnym sensie zaczyna się nimi „zarażać”. Badania dowodzą, że stan psychiczny matki wpływa na jej wczesną relację z dzieckiem, co ma bardzo istotne znaczenie dla jego późniejszego rozwoju (Cogill i in. 1986).

**Leki antydepresyjne**

Farmakoterapia w czasie laktacji wiąże się z przechodzeniem leków do pokarmu, a w konsekwencji może mieć wpływem na dziecko, dlatego psychoterapię stosuje się w pierwszej kolejności. Jeśli matka doświadcza umiarkowanej lub ciężkiej depresji, lekarz może zastosować farmakoterapię. Każdy przypadek musi być przeanalizowany indywidualnie pod kątem możliwych zalet i wad tego leczenia (ACOG Practice Bulletin, 2008). Istnieją już leki antydepresyjne nowej generacji, które lekarze zapisują kobietom cierpiącym na depresję poporodową. Jednak badań klinicznych dotyczących karmiących matek nadal brakuje, ponieważ, co oczywiste, żadna komisja bioetyczna nie wyraziłaby na nie zgody.

Warto się zastanowić, co w tej sytuacji jest najlepsze dla dziecka: chora na depresję matka, która karmi dziecko piersią w sposób mechaniczny i szlocha nad jego głową, marząc tylko o tym, żeby w końcu ktoś je od niej zabrał; czy matka, która się leczy i dzięki temu czuje się dobrze, a dziecko karmi z butelki sztucznym mlekiem, ale okazując mu miłość i czułość. Ostateczną decyzję o rozpoczęciu farmakoterapii zawsze powinna podejmować kobieta, po wysłuchaniu opinii lekarza i ojca dziecka.

**Elektrowstrząsy**

Kiedy chorym nie pomagają leki, ani psychoterapia, skuteczne mogą okazać się  elektrowstrząsy   (najczęściej w przypadku ciężkiej depresji). Badania pokazują, że są one najskuteczniejszym biologicznym sposobem leczenia depresji – szczególnie wśród kobiet w ciąży i seniorów (ich skuteczność waha się w przedziale 70-90%). Zabieg ten pobudza działanie dopaminy, noradrenaliny i serotoniny, czyli neuroprzekaźników kojarzonych z depresją. W Polsce – w przeciwieństwie do Stanów Zjednoczonych, czy krajów skandynawski – nadal rzadko sięga się po tę metodę.

Słowo „elektrowstrząsy” powoduje, że wielu osobom przechodzi dreszcz po plecach. Dużą szkodę tej skutecznej metodzie wyrządził film *Lot nad kukułczym gniazdem*. Świetna rola Jacka Nicholsona jest wysoko ceniona przez widzów. Za sympatią do aktora i poruszeniem jego filmowym losem idzie paniczny lęk przed elektrowstrząsami. Kiedyś elektrowstrząsy mogły budzić strach, bo wykonywano je bez znieczulenia i bez zwiotczenia mięśni. Dziś oba te elementy są już standardem.

Naukowcy Kennedy, Lam, Nutt i Thase twierdzą, że elektrowstrząsy są bezpieczne. Lekarze stosują je z powodzeniem nawet u kobiet w ciąży. Ryzyko śmierci w wyniku tego zabiegu jest zbliżone do ryzyka, jakie wiąże się ze znieczuleniem ogólnym. Wynosi ono 0,2 na sto tysięcy terapii. Ponadto terapia elektrowstrząsowa jest całkowicie bezbolesna. Odbywa się ze znieczuleniem ogólnym i po podaniu leków zwiotczających mięśnie. W przypadku głębokiej depresji zabieg wykonuje się dwa – trzy razy w tygodniu, w sumie od sześciu do dwudziestu razów.

Oczywiście po elektrowstrząsach mogą pojawić się działania niepożądane takie jak: zaburzenia pamięci, urazy mięśniowo-szkieletowe, stomatologiczne, powierzchniowe poparzenia skóry, nudności, bóle mięśni i głowy. Zwykle większość z tych objawów mija maksymalnie po dwudziestu czterech godzinach od zabiegu. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do leczenia elektrowstrząsami jest podwyższone ciśnienie śródczaszkowe. Podkreślę raz jeszcze, że elektrowstrząsy bardzo rzadko powodują skutki uboczne. Są bezpieczną i skuteczną metodą leczenia depresji u kobiet w ciąży oraz karmiących matek.

**Edynburska Skala Depresji Poporodowej**

Ważnym i pomocnym narzędziem do badania samopoczucia kobiet jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej – Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS (Cox 1987). Powinna być standardem we wszystkich polskich oddziałach ginekologiczno-położniczych, a niestety nie jest. W wielu ośrodkach na świecie skalę tę wypełniają wszystkie kobiety, bo pozwala ona określić prawdopodobieństwo zachorowania na depresję poporodową.

EPDS zawiera zaledwie 10 pytań, za które można zdobyć maksymalnie 30 punktów. Każde pytanie ma cztery możliwe odpowiedzi. Nie ma odpowiedzi złych i dobrych. To skala samooceny. Wypełnienie jej jest proste i zajmuje dosłownie kilka minut. Jeśli kobieta uzyska wynik 10 punktów i więcej, najprawdopodobniej choruje na depresję. Jeśli jej wynik jest niższy, ale w ostatnim pytaniu zaznaczyła, że myśli o samookaleczeniu, to również ta odpowiedź może okazać się istotną przesłanką do dalszej oceny klinicznej. EPDS oczywiście nie zastąpi badania przez psychiatrę, czy psychologa, ale dla specjalisty będzie ważnym wskaźnikiem do dalszego postępowania z pacjentką.

**Depresja „ciążowa”**

Coraz więcej kobiet choruje na depresję już podczas ciąży. Pojawiają się „klasyczne” objawy jak obniżenie nastroju, przygnębienie, brak energii, bezsenność, brak apetytu, a także drażliwość, płaczliwość bez wyraźnej przyczyny, lęk o swoje życie i dziecka. Zdarzają się również objawy psychosomatyczne np. silne bóle w różnych okolicach bez wyraźnej przyczyny. Szacuje się, że ten problem dotyczy od 10 do 20 procent ciężarnych. Średnio u co drugiej stan depresyjny nie minie samoistnie, a przekształci się w depresję poporodową. U 75% kobiet z depresją, które przerywają leczenie w związku z ciążą, choroba powróci po porodzie (Bellantouno i in., 2006).

Depresję również w ciąży trzeba leczyć, choć oczywiście nie musi to być farmakoterapia. Zwykle na początku włącza się tylko psychoterapię. Nie jest tajemnicą, że leki przedostają się do płodu przez łożysko, dlatego w czasie ciąży farmakoterapię stosuje się wyjątkowo ostrożnie i tylko w sytuacjach, kiedy nie działają inne metody jak choćby psychoterapia, czy rzadziej stosowane w ciężkich przypadkach – elektrowstrząsy. Metoda ta niesłusznie wiąże się ze złymi skojarzeniami, bo jest bezpieczna i do tej pory w Polsce nie odnotowano poronień u kobiet leczonych elektrowstrząsami. Natomiast zdarza się, że z powodu nieleczonej depresji kobiety np. rodzą dzieci przed terminem, co ma znaczący wpływ na ich stan zdrowia. Ponadto uważa się, że dzieci kobiet, które podczas ciąży nie leczyły depresji, są bardziej płaczliwe i niespokojne. W dorosłym życiu częściej doświadczają stanów lękowych i depresyjnych, a także wymagają leczenia psychiatrycznego (Weissman, 2006).