

Depresja poporodowa

Zaburzenia psychiczne związane z urodzeniem dziecka znane są od stuleci, jednakże były całkowicie lekceważone. Różnorodność ich symptomów oraz fakt, że cierpiące kobiety i ich bliscy niechętnie je ujawniają, sprawia, że problem jest słabo rozpoznany. Szacuje się, że ponad 80% kobiet w czasie okołoporodowym doświadcza wahań nastroju. Rozpowszechnienie zaburzeń rozkłada się następująco: depresja w czasie ciąży - 25-35%, przygnębienie poporodowe (tzw. baby blues) - 50-85%, depresja poporodowa - 10-20%, psychoza połogowa - 0,1-0,2%.

Baby blues, niegroźny objaw związany prawdopodobnie z hormonalnymi wahnięciami do 6. tygodnia po porodzie, u niektórych kobiet może rozwinąć się w depresję postnatalną po ok. 3-6 miesiącach po porodzie lub później. Jej fizyczne symptomy to bóle głowy, odrętwienie, skurcze w kończynach, bóle klatki piersiowej, palpacje serca, przyspieszony oddech. Pojawiają się zaburzenia ośrodkowej regulacji rytmów biologicznych, funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego i układu autonomicznego, mających swoje źródło w podwzgórzu - stąd zakłócenia rytmu snu i czuwania, nieregularność lub zanik cyklu miesięczkowego, zaburzenia hormonalne. Osłabieniu ulega popęd płciowy, pokarmowy i samozachowawczy. Kobieta ma poczucie beznadziejności, rozpacz, niedostatku czegoś, nie jest zdolna do walki z przeciwnościami, nie może się skupić, zapomina, traci zwykle zainteresowania, ma dziwaczne myśli, także samobójcze. W przeciwieństwie do lęku, który może przybrać postać desperackiej nadaktywności, depresja charakteryzuje się bezradnością, rozpaczą, uczuciem znużenia oraz niezdolnością do przeżywania przyjemności. Jednakże ta bezradność nie polega na bierności i całkowitym wyciszeniu; towarzyszący jej nieuzewnętrzniony strach to wyczerpująca, skierowana do wewnątrz siła. Jej skutki mogą okazać się fatalne - zarówno dla kobiety, jak i dla jej dziecka, które z powodu choroby zaniedbuje. Obecnie nie wiadomo dokładnie, co powoduje depresję poporodową. Badacze są zgodni, że mają tu znaczenie czynniki fizjologiczne, psychiczne i środowiskowe. Jako główny powód wskazuje się wahnięcia w gospodarce hormonalnej, ale wymieniane są także predyspozycje genetyczne (przypadki depresji w rodzinie), chroniczna bezsenność i przemęczenie, komplikacje zdrowotne (zarówno u matki, jak i u dziecka), predyspozycje kobiety do samokrytycyzmu (zaniżona samoocena), wcześniejsze doświadczenia związane z zespołem napięcia przedmiesiączkowego (PMS), brak wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, problemy małżeńskie.

Depresję poporodową od depresji klinicznej odróżnia fakt, że pojawia się ona w konkretnym momencie - w kontekście oczekiwań, marzeń i podekscytowania związanego z macierzyństwem. Bardzo rozpowszechniony mit o "najszcześniejszym okresie w życiu kobiety" może stać się podłożem późniejszego rozczarowania lub zawodu. Bliższe i dalsze otoczenie, normy i nakazy kulturowe nie pozwalają na szczere wyznania, narzucając sposób mówienia, zachowania, odczuwania już w okresie ciąży. Drugą cechą wyróżniającą depresję postnatalną jest to, że wiąże się ona z najbardziej wyczerpującym okresem życia kobiety. Nakłada się na siebie odpowiedzialność za nowo narodzone dziecko, ciągłe niewyspanie, stres, zmęczenie fizyczne. Wszystko to zaostrza symptomy depresji i utrudnia powrót do zdrowia, pogłębiając wątpliwości matki, czy podoła obowiązkom związanym z opieką nad niemowlęciem. Czasami kobiety fundują sobie dodatkowy stres, starając się obowiązki matki i żony wypełniać wzorowo. Uważają, że tak trzeba, że tego się od nich wymaga; próbując odwrócić uwagę otoczenia od swoich rzeczywistych problemów, nierzadko wpadają w pułapkę perfekcjonizmu.

Tak jak "zwykle" depresje także te okołoporodowe, gdy są szybko wykryte i odpowiednio leczone, mogą zostać pokonane. Podanie antydepresantów podwyższa poziom serotoniny, dopaminy i noradrenaliny. Problemy z pamięcią mogą zostać rozwiązane dzięki lekom pobudzającym powstawanie nowych neuronów w zmniejszającym swą objętość - pod wpływem depresji - hipokampie. Celem innej strategii leczniczej jest też CRH (kortykotropina), neuroprzekaznik zapewniający łączność między ciałem migdałowatym a układem współczulnym.

Są jednak poważne zastrzeżenia co do farmakoterapii w czasie ciąży i karmienia; wszystkie środki psychotropowe przenikają przez łożysko do płodu, dostają się także do mleka karmiącej matki. W kontekście takiego ryzyka coraz częściej docenia się profilaktykę jako najbardziej

podstawowe postępowanie lecznicze. Pomocna może być tu historia zaburzeń psychicznych w rodzinie (jak wykazały badania, struktura receptorów dopaminy, serotoniny i glikokortykoidów jest zdeterminowana genetycznie). Ale jak wykazały badania, geny nie są głównym czynnikiem determinującym. Sposób reagowania na stresujące warunki kształtuje się u dziecka w dużym stopniu pod wpływem oddziaływania środowiska we wczesnym okresie życia. Żyjąca w nieustannym stresie matka nie jest w stanie nawiązać więzi emocjonalnej z niemowlęciem ani odpowiednio się nim zajmować. Niemożność wytworzenia prawidłowych relacji może więc w przyszłości rzutować na to, w jaki sposób jej córka będzie zachowywać się wobec własnego dziecka. Badacze próbują wyodrębnić "grupę podwyższonego ryzyka", aby móc skuteczniej przeciwdziałać depresji poporodowej. Dlatego wielu amerykańskich i brytyjskich lekarzy położników prosi swe ciężarne podopieczne o wypełnianie specjalnych kwestionariuszy. Zawarte w nich pytania dotyczą m. in. przypadków występowania depresji w rodzinie pochodzenia, przeżytych niedawno gwałtownych zmian w życiu prywatnym (rozwód, przeprowadzka, utrata pracy), problemów z poczęciem lub utrzymaniem ciąży. W Polsce takich ankiet się nie przeprowadza. Biorąc pod uwagę znikomą liczbę zgłaszających się po fachową pomoc kobiet w ciąży, jak i brak kampanii informacyjnej oznacza to, że z depresją okołoporodową może się samotnie zmagać spory odsetek młodych matek. Niestety, brak danych i nieprzeprowadzanie badań uniemożliwia oszacowanie tego problemu w naszym kraju.

Jarosław Jacek Maj
lekarz ginekolog-położnik
www.jaroslawmaj.ginweb.pl