

## Okoloporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci

*W artykule opisane zostały formy zaburzeń psychicznych u kobiet w nowej, trudnej sytuacji jaką jest ciąża, poród czy wczesne macierzyństwo. Szczególną uwagę autorka zwraca na konsekwencje tych zaburzeń, prowadzące do zaniedbań lub aktywnego krzywdzenia dzieci, w tym pozbawienia ich życia. W stanie depresji poporodowej rozszerzone samobójstwo może być dla kobiety sposobem na ucieczkę od cierpienia i oszczędzenie dziecku losu sieroty zdanej na opiekę obcych. Kobieta może zabić dziecko pod wpływem urojeń depresyjnych lub w stanie psychozy poporodowej. Zapobieganie, wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń okołoporodowych u kobiet ma znaczenie profilaktyczne dla ewentualnych chorób czy zaburzeń, które mogą rozwinąć się u dzieci, jest też próbą ograniczania liczby śmierci niemowląt.*

Występowanie zaburzeń nastroju u kobiet w okresie poporodowym odnotowywane było już w czasach Hipokratesa, a w XIX wieku powstały pierwsze prace naukowe dotyczące poporodowych zaburzeń nastroju.

Stan emocjonalny kobiety ciężarnej i położnicy wywiera wpływ na jej stan somatyczny, a zmiany fizyczne, w tym hormonalne, modyfikują jej procesy psychiczne. Kobiety w ciąży i matki stają się mniej odporne i bardziej podatne na stres, w okresie tym kilkakrotnie wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Zaburzenia okołoporodowe mogą wystąpić w ciąży lub po porodzie po raz pierwszy w życiu kobiety, ale często okazuje się, że miała już w przeszłości problemy emocjonalne i sytuacja porodu zwiększa ryzyko ich nawrotu.

Ciężarne i „świeże” mamy często doświadczają lęku lub napięcia, okresowo miewają obniżony nastrój i ma to na ogół cha-

rakter przemijający. Jeżeli one lub ich dzieci miały problemy zdrowotne w czasie ciąży lub porodu, są szczególnie narażone na gorsze samopoczucie, ponieważ wszelkie pojawiające się tego typu trudności przyjmują jako zagrożenie, co wpływa destabilizująco na ich równowagę psychiczną.

Krzywdzenie dzieci w okresie okołoporodowym może występować pod postacią mimowolnego zaniedbywania niemowlęcia przez niewydolną z powodu choroby matkę lub czynnego krzywdzenia go pod wpływem objawów zaburzeń psychicznych, ujawniających się w ciąży i po porodzie.

Po porodzie źródłem stresu mogą być zmiany:

- 1) biologiczne:
  - poród jest zwykle męczącym dla organizmu kobiety „wydarzeniem fizjologicznym”; wysiłek fizyczny, ubytek krwi i spadek masy ciała obciążają somatycznie,

- laktacja, nawał mleczny i dolegliwości z tym związane (pękające brodawki itp.),
  - zmęczenie, brak snu lub sen przerywany z powodu aktywności dziecka,
  - gwałtowne zmiany hormonalne,
  - spadek poziomu hormonów płciowych,
  - wyższy poziom hormonów tarczycy i kortykosteroidów;
- 2) psychiczne:
- zmiany w sposobie przeżywania, nowe emocje,
  - korekta planów życiowych i systemu wartości, inna ocena rzeczywistości,
  - labilność emocjonalna, ze skłonnością zarówno do wzmożonego, jak i obniżonego nastroju lub z drażliwością,
  - psychiczna więź pomiędzy matką i dzieckiem wzmocniana przy karmieniu piersią (hormonalne podłoże postawy macierzyńskiej),
  - karmienie sztuczne; jeżeli kobieta nie karmi piersią to najczęściej przeżywa uczucie porażki i poczucie winy; w związku ze słuszną skądinąd kampanią na rzecz naturalnego karmienia „jedynie słuszne” macierzyństwo na ogół wiąże się z widokiem „dziecka przy piersi”,
  - udane w sensie biologicznym karmienie piersią też może być źródłem stresu, gdy matka zapomina o swoich potrzebach może pojawić się poczucie uwiązania i złość na dziecko nie zawsze świadoma, lub przeciwnie — gratyfikacja związana z poczuciem symbiozy z niemowlęciem jest tak silna, że potem trudno rozpocząć proces separacji i w porę rozstać się „laktacyjnie” z dzieckiem,
  - doznania seksualne zdarzające się matkom podczas karmienia często są źródłem wstydu,
  - zmiana seksualności, uśpione libido niepokoi i może wpływać na relacje z mężem czy partnerem;
- 3) relacji z otoczeniem:
- nowe obowiązki, zmiana planu dnia, rytmów dobowych,
  - zmiana roli w rodzinie własnej (z żony — matka, z mamy jedynaka — mama rywalizującego rodzeństwa), jak i pochodzeniowej (z córki — matka),
  - konfrontacja z przekazami („skryptomami”) rodzinnymi dotyczącymi macierzyństwa,
  - zmiana sytuacji społecznej i życiowej,
  - zmiana sytuacji materialnej i zawodowej.
- Kolejnym źródłem stresu dla matki małego dziecka jest konfrontacja oczekiwań z rzeczywistością, poczucie, że „nie tak miało być...”. Porównywanie swojej sytuacji po porodzie z wyidealizowanym, medialnym obrazem szczęśliwego macierzyństwa, może wyprowadzić z równowagi wiele matek. Konieczna jest weryfikacja własnych oczekiwań, wyobrażeń i lęków na temat macierzyństwa, uznanie, że nie jest ono jedynie pasmem pozytywnych doświadczeń związanych z karmieniem piersią i zabawą z dzieckiem. Zdarza się także, że kobieta nastawiona lękowo do macierzyństwa z ulgą konstatakuje, że daje sobie radę i nie jest tak źle, jak się obawiała.
- Objawy depresyjne i lękowe mogą występować w różnych stanach psychicznych związanych z procesem radzenia sobie z nową, trudną sytuacją, jaką jest ciąża, poród czy wczesne macierzyństwo i fakt występowania tych objawów nie musi świadczyć o chorobie, nie należy jednak lekceważyć tych stanów, nawet jeśli nie wymagają interwencji profesjonalisty.
- Czynniki ryzyka wystąpienia okołoporodowych zaburzeń psychicznych można podzielić na trzy grupy:

Psychiatryczne	Związane z ciążą	Psychospołeczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia psychiczne w rodzinie</li> <li>• Przeżyta depresja poporodowa</li> <li>• Zaburzenia psychiczne w wywiadzie</li> <li>• Używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu</li> <li>• Stan euforyczny po porodzie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niechciana ciąża</li> <li>• Ciąża zagrożona</li> <li>• Traumatyczne doświadczenia w poprzednich ciążach</li> <li>• Ciężki lub urazowy poród</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży</li> <li>• Samotne macierzyństwo</li> <li>• Ciąża nieletniej</li> <li>• Złe relacje z matką</li> <li>• Problemy finansowe</li> <li>• Złe relacje w rodzinie</li> <li>• Przeprowadzka</li> </ul>

Specyficznym i dość powszechnym problemem związanym z położeniem jest **smutek poporodowy** (przygnębienie poporodowe, *postpartum blues*, *baby blues*). Występuje u około 50–80% kobiet, pojawia się zwykle w okresie nawału mlecznego, nasilenie objawów ma miejsce w 5., 6. dniu po porodzie, trwa od około 10 dni do 2 tygodni, czasem przedłuża się do miesiąca.

Dominują w nim objawy lękowe i subdepresyjne, jak zmienność nastrojów, poczucie zmęczenia, płaczliwość, smutek, drażliwość, nerwowość oraz zakłopotanie. Symptomy te na ogół poważnie nie wpływają na zdolność matki do prawidłowego funkcjonowania, ale mogą pogorszyć jakość jej życia. Macierzyństwo nie przynosi oczekiwanych i naturalnych gratyfikacji, jak przeżywanie przyjemności w obcowaniu z dzieckiem czy przy karmieniu piersią. Matki czują się niekompetentne, zagubione, „wyrodne”, winne temu, że nie czują w pełni miłości do niemowlęcia.

W *baby blues* matki na ogół nie krzywdzą dzieci, głównie dlatego, że objawy nie są zbyt nasilone i zwykle dość szybko mijają. Zdarza się, że zajęte sobą zaniedbują opiekę nad dzieckiem, ale nie czynią istotnych dla jego rozwoju szkód.

Pomoc polega głównie na oddziaływaniach edukacyjnych stosowanych wobec pacjentki i jej rodziny oraz udzielaniu wsparcia. Matka i jej otoczenie potrzebują uspokojenia i informacji, potrzebna jest zwykle porada, jak postępować, aby objawy nie nasilały się i/lub podanie danych kontaktowych do organizacji zajmujących się tą problematyką. Niekiedy wskazana jest indywidual-

na konsultacja (pacjentki z psychoterapeutą) lub rodzinna (dla pary rodziców lub dla całej rodziny).

Stan ten nie wymaga leczenia farmakologicznego, przy wsparciu rodziny i bliskich na ogół ustępuje samoistnie. Dlatego bywa lekceważony przez lekarzy, położne, same matki i ich rodziny, wszyscy przyjmują postawę wyczekującą: „aż przejdzie”. Wskazana byłaby zmiana podejścia wobec tego zaburzenia, ponieważ u części kobiet z *baby blues* rozwija się pełnoobjawowy obraz depresji, a podjęcie działań terapeutycznych już w tym okresie może mieć znaczenie profilaktyczne dla depresji poporodowej.

**Depresja poporodowa** (*postpartum depression*) występuje u 10–20% matek małych dzieci, pojawia się na przełomie pierwszego i drugiego miesiąca życia dziecka.

Depresja poporodowa może dotknąć kobiety z grupy ryzyka, ale i te kobiety, które przed urodzeniem dziecka dobrze sobie radziły i nie miały żadnych poważniejszych emocjonalnych problemów. Z drugiej strony nie wszystkie matki z grup ryzyka zachorują na depresję; np. z jednej strony fakt przebycia depresji poporodowej przy pierwszym dziecku zwiększa ryzyko ponownego zachorowania, ale z drugiej strony matka jest już bardziej kompetentna w opiece nad dziećmi, umie też sprawnie rozpoznać zwiastuny, wie, jak postępować, aby o siebie zadbać.

Objawy depresji poporodowej w dużej części to typowe objawy depresyjne, takie jak w innego rodzaju zaburzeniach afektywnych:

- negatywne myśli — depresyjna ocena rzeczywistości,
- stały nastrój przygnębienia, w poważniejszych przypadkach zdarza się też poczucie braku emocji (*anaesthesia dolorosa*),
- poczucie beznadziejności,
- poczucie winy,
- obniżona samoocena,
- złe samopoczucie fizyczne, hipochondria,
- znaczne osłabienie energii życiowej — stałe uczucie zmęczenia,
- pogorszenie koncentracji lub/i zdolności do podejmowania decyzji,
- bierność lub przeciwnie — niepokój i ciągłe pobudzenie,
- anhedonia — niezdolność do przeżywania radości,
- zaburzenia snu,
- zaburzenia łaknienia,
- drażliwość,
- izolowanie się i unikanie kontaktów,
- myśli i tendencje samobójcze.

Obserwowana jest także specyficzna grupa objawów związanych bezpośrednio z macierzyństwem i relacją z nowo narodzonym dzieckiem:

- poczucie bezwartościowości w roli matki;
- zaburzony kontakt z niemowlęciem:
  - przewrażliwienie na punkcie jego zdrowia i rozwoju, wyolbrzymianie drobnych trudności (zamartwianie się o karmienie, sen, płacz — sprawdzanie, czy dziecko śpi, nasłuchiwanie, czy oddycha),
  - obojętność wobec potrzeb potomstwa,
  - trudność w odczytaniu i zrozumieniu sygnałów wysyłanych przez dziecko,
  - niemożność właściwego zajęcia się niemowlęciem lub opiekowanie się nim w sposób mechaniczny,
  - postrzeganie dziecka jako wyjątkowo kłopotliwego,
  - rozdrażnienie i lęk w kontakcie z dzieckiem,

- brak odczuwania przyjemności — pozytywnego wzmocnienia przy zajmowaniu się dzieckiem,
- natrętne, agresywne wobec dziecka myśli lub wyobrażenia, zwykle budzące silny lęk przed ich realizacją,
- chęć oddania dziecka z poczucia braku kompetencji lub ze złości;
- nawracające myśli o śmierci swojej lub/i dziecka.

Zaburzona relacja z niemowlęciem wpływa na jakość opieki nad nim, dzieci matek depresyjnych mogą gorzej się rozwijać z powodu zaniedbywania ich potrzeb. Ambiwalentne uczucia do dziecka, bezradność wobec zmiennych emocji i obsesji, drażliwość i lęk mogą być przyczyną zachowań agresywnych matki wobec niego. To, że matka cierpi na depresję, nie musi oznaczać, że będzie krzywdzić czynnie swoje dziecko, istnieje jednak spore ryzyko takich zachowań.

Dość często kobiety cierpiące na depresję poporodową czują się nadmiernie obciążone opieką nad dzieckiem. Pacjentka narzeka, że w porównaniu z innymi jest ono bardziej wymagające, depresyjnie oceniając swoją sytuację jako gorszą od wszystkich matek, opowiada o niemowlaku, że jest niespokojny, męczący, „cały czas płacze”. Bywa, że jej rozczarowanie macierzyństwem jest tak duże, iż żałuje, że urodziła, wspomina życie sprzed ciąży jako pełne wolności i samorealizacji, czuje się w domu przy dziecku jak w więzieniu. Wtedy matka zajmuje się potomstwem ze złością, niechęcią, rozdrażnieniem, może też odreagowywać na nim swoją frustrację. Jeżeli zwraca się wtedy po pomoc, to głównie z niepokoju, że może coś złego zrobić dziecku (lub już po pierwszych aktach agresji), częściej rodzina zaniepokojona jej dysforiami nakłania pacjentkę do skorzystania z pomocy profesjonalisty.

Depresja z lękiem i niepokojem to dość częsta postać depresji poporodowej. Kobieta ma na ogół poczucie, że coś złego się z nią

dzieje i szuka pomocy. Stale przeżywa obawy o siebie lub dziecko, opowiada o nim z przesadną troską. Często sprawdza, co się dzieje z niemowlęciem i nadmiernie je stymuluje, jest natarcywa, obsesyjnie doszukuje się groźnych chorób, czytając na forach internetowych mrożące krew historie, z lęku może je narażać na niepotrzebne badania (nie należy mylić z zespołem Münchausena). Nie potrafi spokojnie reagować na swoje niemowlę, każdy dźwięk wydany przez dziecko (lub też gdy jest ciche) świadczy w jej wyobrażeniach o czymś strasznym i groźnym.

Inne depresyjne matki mało interesują się swoim dzieckiem, wydaje się być im obojętne, co się z nim dzieje, unikają kontaktu z nim lub zajmują się mechanicznie, nie przytulają i nie bujają, niechętnie je przewijają, karmią i kąpią, nie odpowiadają na potrzeby dziecka. Taka matka w gabinecie trzyma niemowlę jak przedmiot, nie reaguje na podejmowane przez nie próby nawiązania kontaktu — ani na jego uśmiech czy gaworzenie, ani na płacz. W poważniejszych przypadkach, zwłaszcza gdy matka jest samotna i dziecko nie ma innych opiekunów, może dojść do zaniedbania nie tylko psychicznych, ale i fizycznych potrzeb dziecka, będzie głodne lub źle karmione, zaniedbane higienicznie i zdrowotnie.

Nie oznacza to, że kobiety w depresji nie kochają swoich dzieci, ale cierpienie i rozpacz są tak ogromne, że odbierają energię, zdolność do przeżywania radości, a czasem miłości do dziecka. Dla wielu kobiet jest to dodatkowym cierpieniem: „nic nie czuję do mojego dziecka”, „tylko mi przeszkadza”, „nie potrafię go kochać”, „lepiej, żeby kto inny się nim zajął”, „lepiej, żeby mnie nie było”. To ostatnia refleksja może prowadzić do wyobrażeń i rozważań o śmierci własnej lub dziecka, myśli i tendencji samobójczych, a czasem niestety — do próby samobójczej i do skutecznego samobójstwa.

Zaburzenia depresyjne wiążą się z dużym ryzykiem samobójstwa, które może być do-

konywane zarówno w czasie nasilenia objawów choroby, jak również w okresie ustępowania symptomów depresyjnych i względnej poprawy. Przyczyny samobójstw są złożone i związane nie tylko z występowaniem objawów psychopatologicznych, a także z sytuacją środowiskową i realnymi problemami, których pacjenci nie są w stanie rozwiązać. Śmiertelność w zaburzeniach depresyjnych, poprzez zamach na własne życie, wynosi od 20 do 30 %. Dane te dotyczą szeroko rozumianej depresji (nie ma badań o samobójstwach w przebiegu depresji poporodowej), w przypadku zaburzeń okołoporodowych samobójstwa rozszerzone są szczególnie dramatycznym aktem podejmowanym przez matkę w skrajnie złym stanie.

Pesymizm, negatywna ocena przeszłości, poczucie beznadziejności, winy, przekonanie o istnieniu sytuacji bez wyjścia i niemożności uzyskania pomocy to elementy depresyjnego obrazu myślenia, które bywają dostatecznym motywem do wyboru samobójstwa jako sposobu rozwiązania beznadziejnej sytuacji. Poważniejsze zaburzenia myślenia, jak urojenia depresyjne winy, kary, nihilistyczne, istotnie zwiększają ryzyko zachowań suicydalnych.

Kobieta depresyjnie ocenia rzeczywistość i tracąc nadzieję na poprawę samopoczucia i swojej sytuacji chce umrzeć, przestaje działać instynkt samozachowawczy, hamulce religijne czy myśl o rodzinie. Jeżeli powstrzymywała ją przed samobójstwem myśl o dziecku: „jestem mu potrzebna, nie mogę się zabić...”, może wybrać wspólną śmierć, obawiając się, że dziecko bez niej nie da sobie rady lub czeka je zły los pod opieką obcych ludzi (dom dziecka, macocha). Samobójstwo ma ich uchronić przed cierpieniem, które obecnie przeżywają i które ich czeka w przyszłości.

Motywy rozszerzonego samobójstwa jest dążenie do uchronienia rodziny przed nieszczęściem, cierpieniem i sytuacją bez wyjścia, w której — w ocenie pacjentki — znaleźli się najbliżsi. Samobójstwo rozsze-

rzony zdarza się w ciężkich depresjach psychotycznych, rzadziej jego motywem jest bilans depresyjny. W wyniku ciężkiej depresji poporodowej kobieta może zabić dziecko, kiedy to pod wpływem urojeń depresyjnych dochodzi do wniosku, że lepiej dla dziecka będzie, gdy zginie, bo czeka je ciężkie życie pełne trosk i cierpień, bo np. jest chore na ciężką i nieuleczalną chorobę.

Depresja poporodowa wymaga zwykle leczenia farmakologicznego, które może być prowadzone w domu lub w szpitalu. W Polsce nie istnieją jeszcze ośrodki, w których możliwa byłaby hospitalizacja matki z dzieckiem. Leczenie szpitalne w naszych warunkach wiąże się więc z dodatkową traumą dla matki i dziecka, czyli rozstaniem. Jest ono konieczne, gdy istnieje ryzyko samobójstwa czy samobójstwa rozszerzonego. Średni czas trwania nieleczonej depresji poporodowej wynosi 7 miesięcy. Szacuje się, że u 50–85% chorych epizody depresji mogą się powtórzyć po przerwaniu leczenia. Dlatego długotrwała terapia powinna być stosowana u kobiet z trzema lub więcej epizodami depresji w przeszłości.

Leczenie farmakologiczne przy karmieniu piersią wiąże się z wyborem między potencjalnym ryzykiem dla dziecka, jakim jest podawanie leków jego matce, a zagrożeniem, jakie wiąże się z jej nieleczeniem. Wielu psychiatrów i pediatrów uważa, że konieczność podjęcia leczenia przeciwdepresyjnego u matki stanowi wskazanie do odstawienia dziecka od piersi, ze względu na możliwy szkodliwy wpływ leków na niemowlę. Z oczywistych przeciwskazań etycznych nie można przeprowadzać badań klinicznych w pełnym tego słowa rozumieniu (podwójnie ślepa próba, podawanie placebo i porównanie jego skuteczności z lekiem badanym, dawki od maksymalnych do minimalnych) nad podawaniem leków przeciwdepresyjnych przy laktacji. W wielu ośrodkach na świecie podejmuje się jednak próby leczenia pewnej liczby przypadków matek depresyjnych karmiących piersią, za-

kładając, że większą korzyścią dla dziecka będzie utrzymanie laktacji i leczenie matki.

Decyzja o podjęciu leczenia powinna zostać podjęta świadomie przez kobietę, a także jej partnera. Propozycja lekarza, po indywidualnej analizie przypadku, powinna być poparta rzetelnym przedstawieniem wszystkich „za i przeciw”. Niekiedy kobiety karmiące chcą przeczekać pierwszy okres i podjąć leczenie, gdy dziecko będzie nieco starsze. Można się na to zdecydować przy dobrej współpracy z matką, rodziną i przy możliwości wsparcia terapeutycznego. Dość często pacjentki decydują się na podjęcie farmakoterapii nie przerywając laktacji, bacznie obserwując dziecko. W takim przypadku leki powinny być podawane w najmniejszej skutecznej dawce, przed najdłuższą przerwą w karmieniu, wskazane jest częste monitorowanie stanu matki i dziecka.

Czasem kobiety z depresją poporodową nie czują się na siłach karmić piersią, a nie są w stanie same z tego zrezygnować, w związku z przemożnym poczuciem winy, który to objaw mieści się w obrazie depresji. Wtedy przyjmują z ulgą zalecenie odstawienia od piersi. Warto pod tym kątem przyjrzeć się temu problemowi i rozważyć korzyści i koszty utrzymania laktacji.

Psychoterapia jest istotną składową leczenia depresji poporodowej. W ogólnym podejściu do depresji uważa się, że najbardziej efektywne jest leczenie skojarzone, łączące podawanie leków z psychoterapią. Leki wprawdzie pomagają uporać się z objawami depresji, ale nie rozwiązują wielu problemów z nią związanych. Kobieta, u której już ustąpiły objawy depresji poporodowej, zwykle musi jeszcze stawić czoła innym aspektom choroby, np. swojemu poczuciu winy wobec dziecka, czy konieczności pogodzenia się z ingerencją bliskich w jej życie. Stałe sprawdzanie przez bliskich jej samopoczucia albo wypominanie swojego poświęcenia przez partnera czy babcię, mogą być dla kobiety źródłem poważnego stresu i utrud-

niać powrót do pełni zdrowia. Psychoterapia także może spełniać funkcję profilaktyczną przed przyszłymi okołoporodowymi zaburzeniami nastroju. O formie i rodzaju psychoterapii decyduje kobieta wspólnie z terapeutą na wstępnej konsultacji. Niestety obecnie psychoterapia indywidualna w małym stopniu jest refundowana przez NFZ, dostępność jej jest więc ograniczona. Pomocne i bardziej dostępne są grupy wsparcia dla matek małych dzieci powstające przy różnych organizacjach pomocowych lub spontanicznie z oddolnej inicjatywy.

**Zaburzenia stresowe pourazowe** (*Post-traumatic Stress Disorder, PTSD*) występują u 1,5% do 5,6% przypadków. Zaburzenie to jeszcze niedawno nie było brane pod uwagę w aspekcie zaburzeń okołoporodowych, ale wiadomo, że czasem poród spełnia kryteria traumas — zdarzenia, które było psychicznie wyczerpujące i nadmiernie obciążające, a PTSD to lękowe zaburzenie występujące po takim doświadczeniu. Etiologia PTSD jest wieloczynnikowa, za wystąpienie tego specyficznego zespołu odpowiadają:

- natężenie i siła stresu związanego z porodem,
- zmienne biologiczne (specyficzne cechy ośrodkowego układu nerwowego i zmiany hormonalne),
- zmienne psychologiczne (cechy osobowości, umiejętności społeczne).

Objawy PTSD obejmują:

- ponowne przeżywanie urazów w snach — koszmarne sny dotyczące porodu i związanych z nim okoliczności,
- powracające myśli i obrazy — wspomnienia porodu o charakterze intruzyjnym,
- pewien rodzaj psychicznego odrętwienia przy współwystępowaniu zmniejszenia uczucia zaangażowania w sprawy otaczającego świata,
- zaburzenia poznawcze (luki pamięciowe, które przybierają postać psychogennej amnezji, trudności w koncentracji uwagi),

- ponowne przeżywanie porodu (flashback, halucynacje, iluzje, także przysenne),
- intensywna reakcja na zewnętrzne czynniki lub wewnętrzne objawy przypominające lub symbolizujące uraz — poród,
- unikanie okoliczności przypominających poród,
- dystres — wtórny stres związany z wyżej opisanymi wtargnięciami, czyli natrętnymi wspomnieniami, snami i ponownym przeżywaniem porodu,
- zaburzenia snu,
- rozdrażnienie,
- wybuchy gniewu,
- nadmierna czujność.

Zwykle w diagnozie psychiatrycznej termin ten stosuje się, gdy objawy trwają co najmniej przez miesiąc. Cechą charakterystyczną PTSD jest fakt długotrwałego występowania reakcji po pewnym okresie inkubacji objawów, tak więc objawy tych zaburzeń mogą występować długo — nawet kilka lat po porodzie. Rozpoznanie to dotyczy kobiet, które na widok fartucha lekarskiego dostają napadu lęku, nie są w stanie przejechać w pobliżu szpitala, w którym rodziły, boją się pójść do ginekologa na badanie kontrolne, nadmiernie reagują na sytuacje podobne do sytuacji porodu (np. na fotelu dentystycznym), stale wspominają poród i nie mogą przestać o nim mówić, obiecują sobie „nigdy więcej” i planują cesarskie cięcie jeszcze zanim zajądą w kolejną ciążę.

W PTSD kobieta pochłonięta rozpamiętywaniem traumas może zaniedbywać potrzeby dziecka, może też ono być dla niej ucieleśnieniem koszmaru, który przeżyła, „namacalnym dowodem”, który nie pozwala zapomnieć o porodzie. W takiej sytuacji uczucia do dziecka bywają co najmniej ambiwalentne. Kobieta wspominająca urazowy poród i nieprofesjonalne podejście personelu medycznego, złoścąc się na położną i lekarza, mówi o nowo narodzonym synku: „on nic nie jest winny, że tak mnie potraktowano, ale gdyby nie on, to by się to nie zdarzyło...”. Czasem świadomie stara się tłu-

nić negatywne emocje do dziecka, ale nie zawsze jej się to udaje, zajmuje się nim nerwowo, z rozdrażnieniem, może też odreagowywać na nim swoją frustrację.

Tylko część kobiet z objawami PTSD po porodzie trafia do leczenia specjalistycznego. Wiele z nich próbuje poradzić sobie, szukając wsparcia wśród bliskich, ale taka forma pomocy zazwyczaj nie jest wystarczająca. Metodą leczenia z wyboru jest praca nad traumą porodu podczas psychoterapii. W trudniejszych czy powikłanych przypadkach (lub gdy istnieje obawa, że kobieta może być agresywna w stosunku do dziecka) stosuje się leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe. Bardzo istotną rolę odgrywają wszelkie grupowe formy terapeutyczne, jak bardziej lub mniej formalne grupy wsparcia dla matek z małymi dziećmi, psychoterapia grupowa.

**Psychoza poporodowa** (połogowa) występuje u 0,1–0,2% kobiet. Początek choroby zwykle przypada na pierwsze 2 tygodnie po porodzie. Obraz psychopatologiczny jest mieszany i z możliwym gwałtownym przebiegiem. Następujące objawy mogą świadczyć o rozwijającej się psychozie:

- podwyższony nastrój,
- nieadekwatny płacz lub śmiech,
- pobudzenie, bezładne zachowania, krzyk,
- silny niepokój i lęk,
- treści urojeniowe (że pójdzie do więzienia, bo nie dość dobrze zajmuje się dzieckiem albo że nadal jest w ciąży i wcale jeszcze nie urodziła lub że ktoś chce ukraść jej dziecko),
- halucynacje — rozmowa z nieistniejącymi osobami,
- myśli samobójcze.

## Śmierć dziecka

**Zespół Nagłego Zgonu Niemowląt** (*Sudden Infant Death Syndrome, SIDS*), zwany także zespołem śmierci łóżeczkowej, to nagła śmierć zdrowego niemowlęcia w czasie snu.

Choroba ta zwykle wymaga hospitalizacji, ponieważ niesie zagrożenie dla zdrowia i życia zarówno matki, jak i dziecka. Kobieta zwykle nie jest w stanie zajmować się noworodkiem, pochłonięta swoimi przeżyciami zaniedbuje je i jego potrzeby. Może też nie przyjmować do wiadomości, że już urodziła i uważać, że dziecko w domu jest podrzutkiem, w związku z czym nie ma powodu, aby się nim zajmować i próbuje porzucić dziecko. W ekstremalnych sytuacjach istnieje wysokie ryzyko samobójstwa i samobójstwa rozszerzonego lub dzieciobójstwa. Matka pod wpływem urojeń uważa, że dziecko jest np. szatanem i dlatego należy je zniszczyć lub że jest owocem grzechu i powinna je ukarać. Czasem pacjentka halucynuje słuchowo i słyszy polecenia, np. utopienia dziecka, którym nie może się oprzeć, a po dokonaniu czynu decyduje się na samobójstwo.

Takie dramatyczne scenariusze nie są powszechne w każdej psychozie, ale ze względu na istotne ryzyko ich wystąpienia może być konieczne umieszczenie pacjentki (także wbrew jej woli w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) na zamkniętym oddziale psychiatrycznym.

Leczenie polega na podawaniu leków przeciwpsychotycznych — neuroleptyków, co wymaga zakończenia laktacji, zwłaszcza że matka na ogół nie jest w stanie karmić dziecka piersią. Po ustąpieniu objawów i wypisie ze szpitala kobieta wymaga dłuższego kontaktu z psychiatrą i obserwacji stanu psychicznego, ponieważ psychoza połogowa może (ale nie musi) być początkiem przewlekłego procesu chorobowego, np. schizofrenii.

Badaczom nie udało się dotąd ustalić głównej przyczyny występowania tego zjawiska, ale wśród najbardziej prawdopodobnych wymienia się: bezdech, wada serca dziecka,



ucisk tętnicy kręgosłupowej (gdy dziecko podnosi główkę leżąc na brzuszku, może dojść do uciśnięcia tętnicy i odcięcia dopływu krwi do mózgu), przypadek zespołu Münchause-na poprzez pośrednictwo u opiekuna (najczęściej matki). Wśród czynników sprzyjających wystąpieniu ZNZN wymienia się młody wiek matki (poniżej 19 lat), wcześniejsze poronienia, niski status społeczno-materialny rodziców, układanie niemowlęcia do snu na brzuchu lub na boku, nadużywanie narkotyków, papierosów i napojów zawierających kofeinę przez matkę w czasie ciąży i/lub laktacji, okres zimowy (czas zwiększonej ilości infekcji bakteryjnych oraz możliwości przegrzania dziecka), nieodpowiednia pościel lub zabawki w łóżeczku oraz depresja w ciąży i poporodowa. Stwierdzono nawet, że ryzyko zwiększa się znacznie, gdy matka cierpiała z powodu depresji w roku poprzedzającym urodzenie dziecka — depresja przedporodowa okazała się czynnikiem groźniejszym niż ta, która wystąpiła do kilku miesięcy po porodzie.

## Profilaktyka zaburzeń psychicznych i krzywdzenia dzieci w okresie okołoporodowym

Zapobieganie i wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń okołoporodowych u kobiet ma znaczenie profilaktyczne dla przyszłych ewentualnych chorób czy zaburzeń, które mogą rozwinąć się u dzieci w przyszłości, można też w ten sposób próbować ograniczyć liczbę śmiertelnych niemowląt.

W zapobieganiu występowaniu zaburzeń emocjonalnych po porodzie skuteczne są zwłaszcza szkoły rodzenia, a także grupy wsparcia dla ciężarnych i dla matek. Kobieta korzystająca z tej formy pomocy doświadcza poczucia więzi z innymi matkami, nie czuje się osamotniona, czuje zrozumienie swoich problemów, znajduje grupę odniesienia, czasem może usłyszeć konkretne rady.

Programy terapeutyczne i edukacyjne, warsztaty dla rodziców, poradniki dla kobiet w ciąży i matek małych dzieci oraz telefony zaufania czy programy profilaktyczne (jak „Dobry rodzic – dobry start” Fundacji Dzieci Niczyje) to propozycje, które przez edukację i wsparcie mogą wpływać na jakość macierzyństwa kobiet z różnych grup społecz-

nych, a co za tym idzie — na jakość opieki jaką otoczone są ich dzieci.

Edukować należy także profesjonalistów, aby skutecznie zapobiegali przemocy wobec małych dzieci, przez wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń okołoporodowych ich matek. Każda wizyta kontrolna u ginekologa czy pediatry, spotkanie z położną czy doradcą laktacyjnym powinno być okazją do włączenia oddziaływań edukacyjnych, do ogólnej oceny stanu psychicznego ciężarnej i matki małego dziecka, służyć sprawdzeniu, czy nie znajduje się ona w grupie ryzyka dla wystąpienia zaburzeń psychicznych. Ułatwiają to ogólnie dostępne i chętnie stosowane w wielu krajach narzędzia do oceny stanu psychicznego jak Edynburska Skala Depresji Poporodowej.

Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i właściwe, interdyscyplinarne leczenie okołoporodowych zaburzeń psychicznych u matek małych dzieci to inwestycja w przyszłe pokolenia i standard, do którego należy dążyć w podstawowej opiece zdrowotnej.

*The paper describes various forms of mental health disorders occurring in women faced with the new and difficult situation of pregnancy, childbirth and early motherhood. Special attention is devoted to the consequences of such disorders potentially leading to neglect or active child abuse, to the extent of taking the child's life. In the course of postpartum depression, the woman may perceive infanticide followed by suicide as the way to escape suffering and spare the child the fate of being an orphan, left at the mercy of strangers. Mothers committing infanticide may do so as a result of depressive delusions or post-partum psychosis. Prevention, early diagnosis and treatment of perinatal abnormalities in women are important for the prophylaxis of disorders and conditions potentially developing in children. It is also an attempt at reducing newborn death rates.*

## Literatura

- American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Practice Bulletin (2008), *Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist*, Obstetrics and Gynecology Febr. 111, polskie tłumaczenie Korabel H., Karabel J., konsultacja i komentarz Rzewuska M. (2008), *Stosowanie leków psychotropowych u kobiet w ciąży i karmiących piersią. Wytyczne postępowania klinicznego The American College of Obstetricians and Gynecologist*, Medycyna Praktyczna — Ginekologia i Położnictwo, Nr 5.
- Ballard C.G., Stanley A.K., Brockington J.F. (1995), *PTSD after childbirth*, The British Journal Psychiatry 166: 525.8.
- Banasiak-Parzych B. (2007), *Wczesna profilaktyka krzywdzenia dziecka a okoloporodowe zaburzenia emocjonalne i afektywne matki*, Dziecko krzywdzone, nr 2 (19).
- Binczycka-Anholcer M. (2005), *Zabójstwa dzieci, aspekty społeczne, medyczne i prawne*, w: Binczycka-Anholcer M. (red.), *Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Borysewicz K. (2001), *Edynburska Skala Depresji Poporodowej — zastosowanie w badaniach polskiej populacji*, Wiadomości Psychiatryczne, tom 4, nr 2.
- Borysewicz K. (2008), *Zaburzenia nastroju w okresie porodu*, rozprawa doktorska, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ciepurowa A., Wilkowska A., Landowski J. (2005), *Zaburzenie stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu*, Postępy Psychiatrii i Neurologii, t. 14 (supl. 1/20).
- Field T., Diego M., Dieter J., Hernandez-Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Yando R., Bendell D. (2001), *Depressed withdrawn and intrusive mothers' effects on their fetuses and neonates*, Infant Behavior and Development, vol. 24, nr 1, s. 27–39.
- Glaser D. (2006), *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu — przegląd badań*, Dziecko krzywdzone, nr 1 (14).
- Hale T.W. (2004), *Medications In mother milk*, Amaraillo: Pharmasoft Publishing.
- Hannah P., Adams D., Lee A., Glover V. (1992), *Links between early post-partum mood and post-natal depression*, The British Journal of Psychiatry, vol. 160, s. 777–780.
- Heitzman J. (2002), *Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne*, w: Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.), *Psychiatria*, tom 2, Wrocław: Urban & Partner.
- Jaszczak-Kuźmińska D. (2004), *Baby blues*, Niebieska Linia, nr 2.
- Karakuła H., Szajer K., Pawęzka J., Grzywa A., Gut A., Przywara G. (2005), *Psychofarmakoterapia zaburzeń psychotycznych w okresie ciąży i laktacji*, Psychiatria Polska, nr 2.

- Koszevska I. (2010), *O depresji w ciąży i po porodzie*, Warszawa: PZWL.
- Kościelska M. (1998), *Trudne macierzyństwo*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Księżopolska-Breś A. (2010), *Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Krzyżanowska-Zbucka J. (2008), *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*, Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Lazarus R.S. (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*, New York: McGraw-Hill.
- Marzec-Holka K. (2004), *Dzieciobójstwo: przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Meder J. (2003), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Oslisło A., Otfinowska A. (2008), *Najważniejsza chwila w życiu — o pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce*, Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Pużyński St. (2002), *Depresje i zaburzenia afektywne*, Warszawa: PZWL.
- Rzewuska M. (red.) (2006), *Leczenie zaburzeń psychicznych*, Warszawa: PZWL.
- Steiner M., Yonkers K. (1999), *Depresja u kobiet*, wydanie polskie — Via Medica, Gdańsk 1999 (tłum. M. Bnińska).
- Szajer K., Karakuła H., Pawęzka J., Grzywa A., Przywara G., Gut A. (2005), *Psychofarmakoterapia w okresie ciąży i laktacji*, Psychiatria Polska, nr 3.

## O AUTORZE

JOANNA KRZYŻANOWSKA-ZBUCKA — psychiatra, kierownik Oddziału Zapobiegania Nawrotom w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Przez kilka lat współpracowała z Fundacją „Rodzić po Ludzku”, w której zajmowała się leczeniem okołoporodowych zaburzeń psychicznych, konsultowała indywidualnie i prowadziła grupy wsparcia dla matek i rodziców małych dzieci, nadal przyjmuje pacjentki z depresją poporodową. Obecnie konsultuje w organizacjach zajmujących się przemocą w rodzinie: Fundacji Dzieci Niczyje, Ośrodka dla Ofiar Przemocy „Dom”, Ogólnopolskim Pogotowiu dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”.