

REKOMENDACJE ODNOŚNIE PROFILAKTYKI I LECZENIA DEPRESJI POPORODOWEJ

*lek. Monika Dominiak, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron,
prof. dr hab. Paweł Mierzejewski, prof. dr hab. Łukasz Świącicki*
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

I. PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD ZAPOBIEGANIA I LECZENIA DEPRESJI POPORODOWEJ

1. WSTĘP

Depresja poporodowa (zwana również: *pure postpartum depression*, depresja postnatalna, *post baby depression*) dotyczy 10-15% kobiet. Adaptacja do zadań związanych z pełnieniem roli rodzica może być dużym wyzwaniem dla matek, a czas połogu nierzadko wiąże się z różnymi trudnościami i problemami zdrowotnymi. Może to sprzyjać pojawianiu się nowych zaburzeń, jak również nasilaniu się lub nawrotcie dysfunkcji już istniejących (zwłaszcza w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej). Depresja poporodowa jest stanem chorobowym o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu pojawiającym się zwykle do 4 tygodni po urodzeniu dziecka. Epizod depresji trwa zazwyczaj od 3 do 9 miesięcy, nieleczonej dłużej – objawy mogą występować jeszcze rok po porodzie (Musters i wsp., 2008).

2. EPIDEMIOLOGIA

Z raportu World Health Organization (WHO) wynika, że 80% kobiet doświadcza po porodzie zespołu trudnych emocjonalnie przeżyć, tzw. baby blues. Skala depresji postnatalnej jest szacowana na 7-19% (O'Hara i Swain, 1996; Gavin i wsp., 2005). Wyniki metaanalizy wskazują, że częstość występowania zaburzeń depresyjnych u matek w okresie po narodzinach dziecka wynosi ok. 13% (Meeks i wsp., 2011), co czyni je najczęstszymi powikłaniami poporodowymi (O'Hara i Swain, 1996). Badacze podkreślają jednak, że choroba ta pozostaje nader często nierozpoznawana, a rzeczywisty odsetek zachorowań jest zdecydowanie większy (Hearn i wsp., 1998; Georgiopoulos i wsp., 2001; Evins i wsp., 2000).

Ryzyko nawrotu zależy od przeszłości chorobowej. U kobiet, u których po raz pierwszy wystąpił epizod depresji poporodowej, prawdopodobieństwo pojawienia się choroby w kolejnych ciążach jest blisko dwukrotnie wyższe (Cooper i Murray, 1995). Początek zaburzeń w ciągu 6-8 tygodni po porodzie, duże nasilenie symptomów depresyjnych, obecność objawów wytwórczych, hipomaniakalnych lub maniakalnych sugerują, że nawroty depresji postnatalnej u tych pacjentek mogą być jeszcze częstsze.

3. OBJAWY DEPRESJI POPORODOWEJ

Osiowymi objawami depresji poporodowej są uporczywe przygnębienie i zmęczenie połączone z obawą o rozwój i zdrowie noworodka. Często towarzyszą im: natrętne myśli (najczęściej związane ze zrobieniem krzywdy dziecku), zaburzenia snu, brak apetytu, obniżona energia, problemy z koncentracją uwagi, poczucie winy oraz myśli samobójcze (Gelenberg i wsp., 2010). Nierzadko obserwuje się też lęk oraz nadmierną i nieadekwatną troskę o zdrowie własne i dziecka.

4. ROZPOZNAWANIE

W aktualnie obowiązujących dwóch głównych systemach klasyfikacyjnych Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) oraz International Classification of Diseases 10 (ICD-10) nie występuje pojęcie depresji poporodowej jako osobnej diagnozy. Według ICD-10, aby stwierdzić depresję postnatalną, pacjentka powinna spełniać kryteria epizodu depresyjnego oraz warunek czasu – początek epizodu do 6 tygodni po porodzie (do 4 tygodni – wg klasyfikacji DSM-V). Niektóre doniesienia wskazują jednak, że zaburzenie to może się rozwinąć nawet do roku po urodzeniu dziecka (Gaynes i wsp., 2005). W dużej depresji konieczne jest stwierdzenie co najmniej dwóch objawów podstawowych i dwóch dodatkowych. W zaburzeniach chorobowych niespełniających kryteriów dla rozpoznania dużej depresji występuje zazwyczaj tylko jeden symptom z listy objawów podstawowych.

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania depresji.

Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg ICD 10	
Objawy podstawowe	Objawy dodatkowe
obniżony nastrój	osłabienie koncentracji i uwagi.
utrata zainteresowań i zdolności do radowania się	niska samoocena i mała wiara w siebie
zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności	poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
	pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
	myśli i czyny samobójcze
	zaburzenia snu
	słabszy apetyt

Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej 2 tygodni, choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie i narastają szybko.

5. BABY BLUES

Depresja poporodowa powinna być rozróżniana od tzw. zespołu *baby blues* (*postpartum blues*), który występuje u większości matek. Charakterystyczne dla niego objawy obejmują: umiarkowanie obniżony nastrój, drażliwość i labilność emocjonalną połączoną z lękiem i płacliwością, poczucie przytłoczenia nowymi obowiązkami, nadwrażliwość na bodźce, uczucie wyczerpania, spadek koncentracji (Heron i wsp., 2004). Baby blues pojawia się zwykle między 1 a 14 dniem po porodzie, osiągając maksimum między 3 a 7 dniem, czyli w okresie, na który przypadają najwięk-

sze zmiany hormonalne. Stan ten powinien ustąpić do 3 miesięcy od urodzenia dziecka. Objawy nie upośledzają zdolności matki do normalnego funkcjonowania. Nie wymaga ona leczenia psychiatrycznego, ale potrzebuje wsparcia, zapewnienia jej poczucia bezpieczeństwa i pomocy w codziennych czynnościach. Czasem nasilony, nieustępujący smutek poporodowy może przekształcić się w depresję postnatalną (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN, 2012).

6. PSYCHOZA POPORODOWA

Depresję poporodową trzeba także odróżnić od psychozy, ujawniającej się zwykle przed upływem 3 tygodnia po porodzie. Występowanie tego zaburzenia szacuje się na 0,1-0,2%. Wśród czynników sprzyjających wymienia się: zaburzenia psychiczne w rodzinie lub w historii życia danej kobiety, pierwszy poród, cięcie cesarskie, śmierć dziecka w okresie okołoporodowym, samotne macierzyństwo, izolację społeczną.

Najczęstsze przejawy choroby to:

- trudności ze snem
- pobudzenie, niepokój, lęk
- objawy wytwórcze (omamy, urojenia) związane z dzieckiem
- myśli samobójcze lub obsesyjne myśli dotyczące zrobienia krzywdy dziecku.

W przypadku podejrzenia psychozy postnatalnej zalecane jest pilne skierowanie pacjentki do leczenia psychiatrycznego.

7. CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI POPORODOWEJ

Do czynników sprzyjających rozwojowi depresji poporodowej zalicza się:

- wcześniejsze występowanie depresji w ciąży (Heron i wsp., 2004; Milgrom i wsp., 2008; SIGN, 2012) – co pięciokrotnie zwiększa ryzyko rozwinięcia depresji poporodowej (Milgrom i wsp., 2008)
- epizody depresji niezwiązane z ciążą w wywiadzie (Milgrom i wsp., 2008; SIGN, 2012)
- baby blues (SIGN, 2012)
- depresja lub inne zaburzenia psychiczne w rodzinie
- stresujące wydarzenia życiowe w ostatnim okresie (SIGN, 2012)
- brak wsparcia społecznego, także ze strony partnera, złe relacje małżeńskie (Robertson i wsp., 2004; Surkan i wsp., 2006)
- bezrobocie, trudna sytuacja finansowa matki (Robertson i wsp. 2006).

8. BARIERY ZWIĄZANE Z DEPRESJĄ POPORODOWĄ

Pomimo licznych dowodów na skuteczność leczenia depresji poporodowej (Meager i Milgrom, 1996; Appleby i wsp., 1997), zaburzenie to wciąż pozostaje zbyt często nieroz-

poznawane. Zasadniczy problem polega więc nie na braku możliwości kuracji, ale na niedostatecznej umiejętności diagnozowania depresji postnatalnej przez personel medyczny zaangażowany w opiekę nad kobietą w okresie ciąży i po porodzie. Barięrami może być także brak odpowiednio zaprojektowanych struktur leczniczych oraz brak wytycznych co do profilaktyki, wykrywania, postępowania i dalszej opieki nad pacjentką z depresją poporodową. W niektórych krajach organizacje i stowarzyszenia opracowały rekomendacje i programy profilaktyczne odnoszące się do psychicznych zaburzeń postnatalnych. Jednak w wielu państwach, w tym w naszym, nadal brakuje takich kompleksowych zaleceń. Krokiem ku poprawie rozpoznawania depresji u kobiet w ciąży i po porodzie w Polsce jest obowiązujący od 1 stycznia 2019 r. nowy standard dotyczący prozdrowotnych działań okołoporodowych, który całościowo obejmuje organizację opieki medycznej nad kobietą w trakcie ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*). Szczególną uwagę zwrócono na potrzebę oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji przez opiekuna ciężarnej kobiety lub podczas połogu. Możliwość wystąpienia tej choroby będzie weryfikowana trzykrotnie: po raz pierwszy w I trymestrze ciąży, kolejny na miesiąc przed porodem i następnie miesiąc po nim, w trakcie wizyty patronażowej. Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

9. WPŁYW NA ROZWÓJ DZIECKA I ŻYCIE RODZINY

Nieleczona depresja może prowadzić do długofalowych zmian na wielu płaszczyznach życia rodziny. Skutkuje nie tylko pogorszeniem zdrowia psychicznego kobiety, lecz może odzwierciedlać się również w relacjach małżeńskich, a także wpłynąć na późniejsze decyzje związane z prokreacją. Złe samopoczucie matki przekłada się na zdrowie i opóźniony rozwój (mowy czy psychoruchowy) dziecka (Field, 1995; Tronick i Weinberg, 1997; Abrams i wsp., 1995), a także na nieprawidłowe kształtowanie więzi matka – dziecko (Murray, 1992). Różnorodne problemy psychiczne mogą utrzymywać się nawet do wieku 4-8 lat (Murray i Cooper, 1997; Murray i wsp., 1996; Beck, 1998). Badania wykazują, że leczenie i ustępowanie objawów depresji u rodzicielki powoduje poprawę stanu psychicznego i zachowania dziecka (Weissman i wsp., 2006). Dlatego tak ważne jest właściwe wczesne rozpoznanie choroby i odpowiednie postępowanie medyczne (Pignone i wsp., 2002).

Kobiety, u których wystąpiły objawy depresji, rzadziej przychodzą po porodzie na wizyty kontrolne: ginekologiczne, pediatryczne i szczepienia (Lobato i wsp., 2012). Często nie zdają sobie też sprawy, że ich doświadczenie wykracza poza normę stanu psychicznego po urodzeniu dziecka. Z tych powodów tak istotne jest włączenie do opieki nad kobietą wszystkich pracowników służby zdrowia, z którymi pacjentka może się zetknąć w czasie ciąży i po porodzie: lekarza pierwszego kontaktu, pediatrę, ginekologa, położną w szpitalu ginekologicznym, położną środowiskową. (Musters i wsp., 2008).

10. PRZEGLĄD WYTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI PIERWOTNEJ I PRZESIEWOWYCH METOD WYKRYWANIA DEPRESJI POPORODOWEJ

Z dostępnych danych wynika, że działania związane z zapobieganiem i wczesnym wykrywaniem depresji poporodowej zostały wprowadzone do narodowych programów zdrowia w przynajmniej kilku innych krajach.

Jednym z najbardziej znanych jest prowadzony w Australii program Beyondblue (www.beyondblue.org.au), utworzony w 2000 r. jako pięcioletnia narodowa inicjatywa mająca na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie wczesnego reagowania na zachowania depresyjne. Przeprowadzone w kolejnych latach badania retrospektywne potwierdziły skuteczność przedsięwzięcia oraz poprawę leczenia depresji w Australii (Jorm i wsp., 2005; Morgan i Jorm, 2007). Częścią Beyondblue są również rekomendacje odnośnie profilaktyki i postępowania w przypadku depresji postnatalnej (*Beyondblue. Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals*. Melbourne, beyondblue, 2011).

Najbardziej kompleksowe zalecenia obejmujące wiele zagadnień związanych z tematyką depresji w okresie okołoporodowym zawarte są właśnie w australijskiej inicjatywie oraz dokumencie opracowanym przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014). Bardzo szczegółowe są także wytyczne Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), które skupiają się głównie na zdrowiu psychicznym młodej matki, profilaktyce zaburzeń i ich leczeniu.

10.1. Profilaktyka pierwotna depresji poporodowej

Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń depresyjnych, istnieje wiele skutecznych metod leczenia, zarówno farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych. Jednak okres poporodowy jest w życiu pacjentki i całej jej rodziny bardzo specyficzny i może wiązać się z różnymi przeszkodami w dostępie do kuracji. Pierwsza trudność wynika z niechęci kobiet karmiących piersią do podejmowania leczenia farmakologicznego z obawy na wpływ leków na ich dziecko. Po drugie, zaabsorbowane noworodkiem matki mogą nie mieć czasu na podjęcie kognitywnej terapii behawioralnej bądź interpersonalnej. Poza tym, zamiast planować długie sesje z profesjonalnym terapeutą, wolą się wyspać lub w spokoju zjeść posiłek. Wreszcie, kobiety mogą być szczególnie przewrażliwione na punkcie tego, jak są postrzegane. Obawa przed piętnem „złej matki” może stanowić barierę, powstrzymującą je przed szukaniem wsparcia w leczeniu którejkolwiek rodzaju depresji. W konsekwencji chorujące na nią pacjentki mogą odmówić pomocy, leczenia, a nawet nie przyjąć diagnozy. Z powodu tych unikalnych przeszkód zapobieganie depresji poporodowej – w miejsce leczenia – wydaje się być szczególnie ważne.

Wychodząc naprzeciw ograniczeniom związanym z dostępnością i użytecznością konwencjonalnych metod profilaktyki dla kobiet w okresie po porodzie, naukowcy badają szerokie zastosowa-

nie internetu w zapobieganiu różnego rodzaju zaburzeniom. Programy mogą być dostępne online bez kosztów i nie wymagają czasochłonnego i niewygodnego wyjścia z domu w celu odbycia sesji terapeutycznej „twarzą w twarz”. Wręcz przeciwnie, matka może uzyskać dostęp do interwencji w czasie dostosowanym do jej możliwości. To ważne, bo w momencie pojawienia się nowo narodzonego dziecka jej harmonogram dnia zmienia się bardzo dynamicznie. Może to zrobić dokładnie w takim momencie, jaki jej odpowiada. Ponadto, anonimowość korzystania z interwencji internetowych pozwala uniknąć piętna związanego z szukaniem pomocy dla „złych matek”.

Istnieje obecnie sporo przekonujących dowodów na to, że programy online oparte na bazie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) są skuteczne w leczeniu depresji, a także w jej zapobieganiu. Jedną z takich interwencji jest internetowy trening poznawczo-behawioralny. Składa się z pięciu modułów zautomatyzowanego, interaktywnego szkolenia o nazwie MoodGYM, polegającego na dostarczeniu uczestniczkom poznawczego treningu zachowań (CB). Każdy z segmentów prowadzony jest raz w tygodniu, poprzedzony przypomnieniem wysłanym za pomocą wiadomości e-mail. Moduły trwają od 20 do 40 minut, jednak uczestniczki mogą sobie wybrać, ile czasu chcą spędzić w danej sesji. MoodGYM – jako interwencja – wykazał skuteczność w zapobieganiu depresji wśród licznej populacji niedoświadczającej depresji poporodowej.

Niektóre badania wskazują na skuteczność domowych wizyt pielęgniarek i położnych podczas ciąży i po porodzie w redukcji ryzyka wystąpienia depresji postnatalnej. Efektywna okazała się także psychoterapia interpersonalna. Jednak na chwilę obecną wytyczne nie zalecają rutynowych wizyt środowiskowych psychoterapeuty u kobiet ciężarnych i w połogu (NICE). Natomiast pacjentki, u których występowały w przeszłości lub w obecnej ciąży epizody afektywne, powinny być objęte kompleksową opieką zespołu lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów, pediatrów, położnych i specjalistów psychiatrów. Dla każdej takiej kobiety powinien być przygotowany indywidualny plan leczenia i wizyt (SIGN, NICE).

WHO (*Mental Health Action Plan 2013-2020*, WHO) oraz NICE zalecają, aby podczas każdego spotkania pytać pacjentkę o jej stan emocjonalny i wsparcie, jakie ma w najbliższym otoczeniu. WHO zaleca również, aby 10-14 dni po porodzie przeprowadzić wywiad pod kątem objawów typowych dla zespołu baby blues, a jeśli nie ustępują – pacjentka powinna być poddana dalszej ocenie w kierunku depresji.

Co ciekawe, skuteczna w redukcji ryzyka depresji postnatalnej okazała się interwencja w postaci badania przesiewowego przy pomocy *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), przeprowadzanego 6 tygodni po porodzie w czasie wizyty środowiskowej położnej (Brugha i wsp., 2011).

Niektóre dane wskazują także na ważną rolę edukacji w temacie depresji poporodowej prowadzonej w szkołach rodzenia. Jej celem jest uświadomienie kobiet i ich partnerów, pozwala także przełamywać opory związane z szukaniem specjalistycznej pomocy (Zauderer, 2009).

Wytyczne Beyondblue zalecają natomiast, aby wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych mający kontakt z kobietą w okresie ciąży i porodu byli przeszkoleni w zakresie właściwej komunikacji z pacjentką i umiejętności zbierania wywiadu uwzględniającego czynniki psychologiczne i społeczne depresji oraz innych chorób natury psychicznej.

10.2. Badania przesiewowe w kierunku wykrywania depresji poporodowej

W warunkach klinicznych identyfikacja kobiet spodziewających się dziecka, u których występują czynniki ryzyka, pozwala na wczesną interwencję i zapobieganie epizodom depresji poporodowej. Prowadzenie wczesnych badań przesiewowych w trakcie ciąży pozwala nie tylko na rozpoznanie kobiet z grupy ryzyka, u których nie występują objawy, lecz także tych, u których występują już subkliniczne symptomy choroby.

W celu oceny nasilenia depresji postnatalnej stosowane są specjalistyczne narzędzia skryningowe, np. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, Cox i wsp., 1987), *Postpartum Depression Predictors Inventory* (PDPI), *Kwestionariusz przedporodowy* (*Antepartum Questionnaire – APQ*), *Postpartum Checklist* czy *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS). Jednak w każdym przypadku badanie nastroju pacjentki powinno zostać uzupełnione przez wywiad obejmujący aspekty psychologiczne i społeczne.

Czułość, specyficzność i wartość predykcyjna są bardzo różne w przypadku każdego z inwentarzy. Choć testy przesiewowe nie zostały opracowane w stopniu wystarczającym do perfekcyjnej identyfikacji wszystkich kobiet, u których może i nie może wystąpić depresja poporodowa, to nadal warto podejmować wysiłki ich przeprowadzania w warunkach klinicznych.

Bardzo czułym i jednocześnie najlepiej przebadanym narzędziem wykrywającym zaburzenia samopoczucia po urodzeniu dziecka jest skala ***Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS***: Zdolność tego testu do poprawnego wykrycia depresji postnatalnej waha się (w zależności od źródeł) w granicach 34-100%, a specyficzność – pomiędzy 44 a 100%. EPDS to kwestionariusz samooceny składający się z 10 krótkich pytań dotyczących takich objawów jak: anhedonia, poczucie winy, niepokój, ataki paniki, przemęczenie, zaburzenia snu, smutek, płaczliwość oraz myśli samobójcze. Na każde z nich matka odpowiada samodzielnie, wybierając jeden z czterech możliwych wariantów, najlepiej charakteryzujący jej odczucia w ciągu ostatnich 7 dni. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3, zależnie od nasilenia symptomów. Autorzy kwestionariusza wskazują na wynik 12-13 punktów jako graniczny, wskazujący na występowanie objawów depresji poporodowej. Dodatkową zaletą jest możliwość zwrócenia uwagi na szczególnie istotną kwestię, mianowicie myśli samobójcze, w sytuacji gdy kobieta wysoko ocenia ich obecność, nawet wówczas, gdy ogólny wynik EPDS jest niski. Badania potwierdzają, że zarówno większość pacjentek, jak i przedstawiciele zawodów medycznych akceptuje skryning za pomocą EPDS. Podkreśla się także, że wykonany test umożliwia i ułatwia dyskusję na temat doświadczanych przez matkę uczuć.

Beyondblue zaleca używanie EPDS jako elementu całościowej oceny występowania objawów depresyjnych i lękowych u wszystkich kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka. Według tych wskazań, badanie przesiewowe powinno być przeprowadzone między 6 a 12 tygodniem po porodzie podczas wizyty kontrolnej. Wynik 13 punktów i więcej może być interpretowany jako depresja postnatalna.

US Preventive Services Task Force – USPSTF (Siu i USPSTF, 2016) – zaktualizował niedawno wytyczne i również rekomenduje rutynowy skryning populacji dorosłych osób oraz kobiet w ciąży i po porodzie pod kątem depresji. Dane pokazują także, że najkorzystniejsze wyniki w leczeniu daje połączenie badań przesiewowych i skoordynowanej dalszej opieki nad pacjentem z depresją (Pignone i wsp., 2002), angażującej lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrów.

Z kolei brytyjski National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w swoich rekomendacjach wskazuje na obowiązkową ocenę w kierunku objawów depresyjnych u każdej kobiety w okresie okołoporodowym za pomocą standaryzowanych narzędzi przesiewowych. Badanie takie powinno być przeprowadzone minimum dwa razy (przy pierwszej wizycie ciężarnej i w ciągu pierwszego roku po porodzie), a w przypadku kobiet z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji postnatalnej – przy każdej wizycie. NICE zaleca wszystkim przedstawicielom personelu medycznego, którzy mają kontakt z kobietą w ciąży i w połogu, rutynowe stosowanie zestawu dwóch wstępnych pytań (*Whooley questions*):

- Czy w ostatnim miesiącu miałaś uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?
- Czy w minionym miesiącu doświadczyłaś zmniejszonego zainteresowania lub słabszego odczuwania przyjemności z wykonywania czynności?

Jeśli kobieta odpowie pozytywnie na którekolwiek z powyższych pytań, jest w grupie ryzyka chorób psychicznych lub jeżeli wywiad kliniczny wskazuje na depresję – zaleca się dokonanie pełnej oceny stanu psychicznego za pomocą narzędzi przesiewowych EPDS lub *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) albo skierowanie do lekarza rodzinnego.

W przypadku podejrzenia poważnych zaburzeń psychicznych pacjentka powinna być od razu odesłana do specjalisty psychiatry. Rekomendacje NICE mają rangę B, co oznacza, że znajdują zastosowanie do większości sytuacji klinicznych.

Podobne zalecenia odnośnie narzędzi przesiewowych wydał Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Wytyczne SIGN zalecają minimum trzykrotną ocenę objawów depresyjnych (podczas pierwszej wizyty w ciąży, gdy trwa ona 4-6 tygodni oraz 3-4 miesiące po porodzie). Dodatkowo SIGN zaleca uzupełniający wywiad w kierunku zaburzeń afektywnych, innych dysfunkcji psychicznych u pacjentki i w rodzinie, a w przypadku pozytywnego rezultatu – badanie w kierunku depresji przy każdej wizycie.

Rekomendacje American Psychiatric Association (APA) oraz American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG; American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*, 2007) podkreślają, że pacjentka w czasie ciąży powinna być edukowana na temat możliwych komplikacji związanych z depresją postnatalną. Pacjentki z symptomami baby blues wymagają szczególnego monitorowania i oceny objawów depresyjnych. Obie organizacje zalecają również przeprowadzenie wywiadu pod kątem depresji podczas kontrolnej wizyty ginekologicznej 4-6 tygodni po porodzie.

Z kolei American Academy of Pediatrics – AAP (Earls, 2010) – postrzega rolę lekarza pediatry jako kluczową w zapewnieniu zdrowia całej rodzinie. Ponieważ problemy psychiczne kobiet rzutują bezpośrednio na rozwój dziecka, AAP zaleca pediatrom rutynową ocenę w kierunku depresji u matek pojawiających się w gabinecie przy okazji wizyt pediatrycznych (Norwitz i Lye, 2009). AAP wskazuje także na konieczność zapewnienia dalszej skoordynowanej opieki nad pacjentką z potwierdzoną chorobą.

Również American College of Nurse-Midwives (American College of Nurse-Midwives, *Division of Women's Health Policy and Leadership. Position statement: depression in women*, 2003) zaleca skryning pod kątem depresji jako standardową część opieki nad pacjentką w ciąży i po porodzie.

Poniższa Tabela 2. podsumowuje najważniejsze rekomendacje odnośnie badania przesiewowego w kierunku depresji poporodowej.

Organizacja	Rekomendacja
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2016	Zaleca rutynowy skryning populacji dorosłych osób oraz kobiet w ciąży i po porodzie. Wskazuje jednocześnie na potrzebę zapewnienia badanym dostępu do dalszej opieki i skoordynowanego leczenia.
American Psychiatric Association (APA), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2007	Wskazuje na obowiązkowość badania przesiewowego w kierunku depresji postnatalnej w czasie kontrolnej wizyty ginekologicznej 4-6 tygodni po porodzie.
American Academy of Pediatrics Bright Futures (AAP), 2010	Radzi pediatrom rutynową ocenę w kierunku depresji u kobiet zgłaszających się ze swoimi dziećmi na wizyty pediatryczne. Podkreśla też konieczność zapewnienia dalszej skoordynowanej opieki nad pacjentką z potwierdzoną chorobą.
American College of Nurse-Midwives (ACNM), 2003	Zaleca jako standardową część opieki nad kobietą w ciąży i po porodzie badanie przesiewowe pod kątem depresji.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014	Rekomenduje rutynową ocenę w kierunku objawów depresyjnych u każdej kobiety w okresie okołoporodowym za pomocą standaryzowanych narzędzi przesiewowych. Badanie takie powinno być przeprowadzone minimum dwa razy (przy pierwszej wizycie ciężarnej i w ciągu pierwszego roku po porodzie). NICE sugeruje stosowanie zestawu dwóch wstępnych pytań (Whooley questions). Jeśli kobieta odpowie pozytywnie na którekolwiek z nich lub jest w grupie ryzyka chorób psychicznych, lub też wywiad kliniczny wskazuje na depresję – zaleca się dokonanie pełnej oceny stanu psychicznego za pomocą narzędzi skryningowych EPDS lub PHQ-9 albo skierowanie do dalszego leczenia (lekarz rodzinny lub specjalista psychiatra).
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012	Radzi minimum trzykrotną ocenę objawów depresyjnych (podczas pierwszej wizyty w ciąży, w 4-6 tygodniu oraz 3-4 miesiące po porodzie). Dodatkowo wskazane jest uzupełnienie o wywiad w kierunku zaburzeń afektywnych, a w przypadku pozytywnego wyniku – badanie przesiewowe pod kątem depresji przy każdej wizycie. Podobnie jak NICE, poleca do skryningu zestaw dwóch pytań wstępnych, a jeśli zaistnieje potrzeba dalszej oceny – posłużenie się skalą EPDS.
Beyondblue, Guideline for Primary Care Health Professionals, 2011	Zaleca używanie kwestionariusza EPDS do badania wszystkich kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka pod kątem depresji – jako elementu całościowej oceny występowania objawów depresyjnych i lękowych. Skryning powinien być przeprowadzony między 6 a 12 tygodniem po porodzie podczas wizyty kontrolnej. Wynik 13 punktów i więcej może być interpretowany jako depresja postnatalna.

Różnice między przytoczonymi rekomendacjami dotyczą w szczególności czasu i częstotliwości wizyt kontrolnych, podczas których jest przeprowadzany skryning w kierunku depresji (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, *Policy statement – hospital stay for healthy term newborns*, 2010; Zahumensky i wsp., 2010; Gunn i wsp., 1998). Wynika to po części z odmiennej organizacji opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży i po po-

rodzie w poszczególnych krajach. Na przykład w Australii pacjentki zgłaszają się na wizytę do swojego lekarza rodzinnego, położnika lub pediatry sześć tygodni po urodzeniu dziecka. Z kolei w Wielkiej Brytanii położne odgrywają zasadniczą rolę w opiece okołoporodowej, realizując m.in. wizyty środowiskowe po porodzie.

10.3. Przegląd wytycznych odnośnie leczenia i dalszego postępowania z pacjentką z depresją poporodową

Leczenie zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie okołoporodowym stanowi szczególne wyzwanie dla lekarzy. Podejmowanie decyzji odnośnie terapii podczas ciąży wiąże się z rozważeniem ryzyka związanego z ekspozycją płodu na lek – w kontekście potencjalnych konsekwencji pozostawienia chorej bez jakichkolwiek działań prozdrowotnych. Nieleczona depresja w trakcie ciąży skutkuje nie tylko mniej wartościowym odżywianiem i gorszą opieką prenatalną, lecz również zwiększeniem ryzyka palenia tytoniu i nadużywania substancji psychoaktywnych przez ciężarną, a także powoduje znaczne cierpienie kobiet doświadczających niskiego nastroju, poczucia winy i braku zadowolenia z rodzicielstwa. W skrajnych przypadkach mogą one podejmować nawet próby samobójstwa lub dzieciobójstwa. Rozpoczęcie leczenia jest zatem niezbędne dla poprawy funkcjonowania zarówno pacjentki dotkniętej depresją, jak i całej jej rodziny.

Wiele kobiet w ciąży preferuje oddziaływania psychologiczne niż farmakologiczne. Jest to spowodowane m.in.: obawą przed potencjalnymi działaniami niepożądanymi leków przeciwdepresyjnych na rozwijający się płód albo – w trakcie laktacji – na noworodka, związanym z tym przedkładaniem zdrowia dziecka nad własne, ogólnymi wątpliwościami dotyczącymi skuteczności działania środków farmakologicznych, a także strachem przed uzależnieniem się od leków.

Zalecenia dla leczenia **łagodnej do umiarkowanej postaci depresji w ciąży** w wyniku przeprowadzonych metaanaliz wskazują na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) lub interpersonalnej (IPT), zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej. Podjęcie psychoterapii jest sugerowane jako leczenie pierwszego rzutu, stosowane przed kuracją farmakologiczną.

Biorąc pod uwagę ustaloną skuteczność inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) w ramach leczenia głębokiej depresji poza okresem okołoporodowym, takie leki jak citalopram, escitalopram i sertralina są zalecane w ciąży – w oparciu o ich wpływ i bezpieczeństwo – jako leczenie drugiego rzutu. Terapia skojarzona z grupy SSRI i CBT lub IPT może być również brana pod uwagę. Wszystkie środki lecznicze z grupy SSRI są zaliczane do grupy C – wyjątek stanowi paroksetyna, którą zaklasyfikowano do grupy D. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych wiąże się z wyższym ryzykiem samoistnych poronień. U 30% noworodków matek leczonych w ciąży preparatami z grupy SSRI stwierdzono również zespoły z odstawienia, tj. drżenie, wzrost napięcia mięśniowego, zaburzenia snu czy donośny płacz. Objawy te jednak ustępowały samoistnie i nie wymagały ingerencji lekarza. Niektóre badania wskazują także na wzmożone ryzyko

wad wrodzonych u dzieci kobiet stosujących SSRI w pierwszych 3 miesiącach ciąży, tj. przedwczesnego zrośnięcia szwów czaszkowych oraz włóknistych połączeń kości czaszki, jak również przepukliny pierścienia pępkowego.

Inne zabiegi, w tym neurostymulacja i komplementarne oraz alternatywne strategie psychologiczne, takie jak: internetowe oddziaływania terapeutyczne na bazie CBT, trening uważności na bazie CBT, terapia par, psychoterapia wspierająca i psychoterapia psychodynamiczna, mogą być traktowane jako zalecenia trzeciej linii.

W **ciężkiej depresji w okresie ciąży** stosuje się środki farmakologiczne jako podstawowe leczenie – same lub w połączeniu z terapią CBT lub IPT oraz elektrowstrząsy (EW). Wielu autorów uważa EW za metodę z wyboru w terapii zaburzeń nastroju u kobiet w ciąży za bezpieczną i efektywną.

Depresja poporodowa o nasileniu łagodnym i umiarkowanym może być skutecznie wykrywana i leczona na poziomie opieki podstawowej (lekarz rodzinny, pediatra, ginekolog). Skierowanie do psychiatry jest wskazane, kiedy występują myśli o samobójstwie lub o skrzywdzeniu dziecka, w przypadku ciężkiego epizodu depresji, niepowodzenia leczenia albo podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej lub psychozy (SIGN; NICE, Musters i wsp., 2008).

Dla kobiet z łagodną do umiarkowanej depresją poporodową, które karmią piersią, rekomendacje dotyczące leczenia w pierwszej kolejności obejmują IPT i CBT. Zalecenia drugiej linii obejmują terapię farmakologiczną. Jest coraz więcej dowodów na skuteczność wykorzystania także internetowego wspomaganie terapeutycznego na bazie CBT oraz aktywacji behawioralnej.

NICE sugeruje stosowanie modelu stopniowanego podejścia do leczenia (nie dotyczy kobiet z ciężkim epizodem chorobowym, które to powinny być od razu kierowane do specjalistycznej opieki psychiatrycznej). NICE podkreśla także, że dla ciężarnych kobiet z już rozpoznaną chorobą psychiczną powinien być przygotowany kompleksowy plan wizyt i postępowania leczniczego.

SIGN, NICE, APA (Gelenberg i wsp., 2010) oraz Beyondblue zalecają **w przypadku łagodnej i umiarkowanej depresji poporodowej** rozważenie następujących metod:

- programy komputerowe oparte na terapii behawioralno-poznawczej (CBT)
- ćwiczenia fizyczne
- interwencje psychospołeczne
- poradnictwo niedyrektywne (aktywne słuchanie)
- terapia CBT
- terapia interpersonalna
- leki przeciwdepresyjne w sytuacji, kiedy pacjentka nie decyduje się na psychoterapię, gdy psychoterapia jest niedostępna lub nie przyniosła poprawy, lub gdy występowały epizody ciężkiej depresji w przeszłości (NICE, APA).

NICE zaznacza, że kobiety z depresją postnatalną kierowane na psychoterapię powinny otrzymać leczenie w ciągu miesiąca od rozpoznania.

W przypadku ciężkiej depresji poporodowej oraz umiarkowanej depresji u kobiet, które w przeszłości przeżyły epizod ciężkiej depresji, zaleca się rozważenie następujących opcji leczenia (NICE, SIGN, APA, Beyondblue):

- terapia CBT lub terapia interpersonalna
- leki przeciwdepresyjne w sytuacji, kiedy pacjentka nie decyduje się na psychoterapię lub gdy psychoterapia nie przyniosła poprawy (NICE)
- leki przeciwdepresyjne w połączeniu z psychoterapią, jeśli odpowiedź na leczenie farmakologiczne lub psychoterapeutyczne jest niedostateczna.

Postępowanie farmakologiczne w przypadku epizodu depresji postnatalnej u kobiety, która nie karmi piersią, nie odbiega od wytycznych leczenia depresji niezwiązanej z ciążą i okresem po porodzie. Badania dotyczące różnych aspektów leczenia farmakologicznego depresji poporodowej u matek karmiących są niewystarczające dla formułowania konkretnych zaleceń (Molyneaux i wsp., 2014).

Beyondblue, NICE, SIGN i APA zalecają, aby przy podejmowaniu decyzji o stosowaniu środków farmakologicznych w czasie karmienia piersią wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek. Ważne jest też uwzględnienie wcześniejszej odpowiedzi na dany preparat oraz potencjalnego pogorszenia stanu psychicznego, wynikającego ze zmiany aktualnej kuracji na tę uznawaną za mniej inwazyjną przy karmieniu piersią. Niektóre leki przeciwdepresyjne są uznawane za bezpieczniejsze od innych, należy jednak podkreślić ograniczoną liczbę dowodów naukowych, zwłaszcza oceniających potencjalne długofalowe skutki u dziecka (APA). WHO w dokumencie *Antidepressant Treatment for Postnatal Depression* (2015) podaje, że środki z grupy SSRI są skuteczniejsze w leczeniu depresji poporodowej od placebo (Molyneaux i wsp., 2014). Inni naukowcy (Weissman i wsp., 2004) wykazali, że stężenia substancji w surowicy u dziecka okazały się najwyższe dla fluoksetyny i citalopramu, podczas gdy poziom dla nortryptyliny, sertraliny i paroksetyny był niewykrywany. Podczas karmienia piersią sertralina i paroksetyna mogą być przyjmowane, należy zaś unikać stosowania fluoksetyny ze względu na długi okres półtrwania i ryzyko kumulacji (Sie i wsp., 2012).

Według SIGN zarówno inhibitory z grupy SSRI, jak i trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD) mogą być zalecane w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego epizodu depresji poporodowej (z zastrzeżeniem uprzedniej wnikliwej oceny ryzyka dla noworodka karmionego naturalnie). Należy także podkreślić, że dziecko karmione piersią przez matkę zażywającą leki przeciwdepresyjne powinno być regularnie monitorowane w zakresie stanu emocjonalnego, jak i ogólnego rozwoju (Musters i wsp., 2008).

Poniższa Tabela 3. podsumowuje najważniejsze rekomendacje odnośnie leczenia i dalszego postępowania w przypadku rozpoznania depresji postnatalnej.

Organizacja	Rekomendacja
American Psychiatric Association (APA), 2010	Sugerowane interwencje nefarmakologiczne obejmują: terapię CBT oraz terapię interpersonalną. Przy podejmowaniu decyzji o włączeniu leczenia farmakologicznego w czasie karmienia piersią, należy wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014	Zaleca model stopniowanego podejścia do leczenia (nie dotyczy kobiet z ciężkim epizodem chorobowym, które powinny być od razu kierowane do specjalisty psychiatry). Depresja poporodowa o nasileniu łagodnym i umiarkowanym może być skutecznie leczona na poziomie opieki podstawowej. NICE podkreśla także, że dla kobiet z już rozpoznaną chorobą psychiczną w ciąży powinien być przygotowany kompleksowy plan wizyt i postępowania leczniczego.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012	U kobiet z łagodną i umiarkowaną depresją postnatalną powinno się rozważyć terapię CBT. Zarówno środki z grupy SSRI, jak i trójcykliczne leki TLPD mogą być zalecane w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego epizodu depresji poporodowej z zastrzeżeniem uprzedniej wnikliwej oceny ryzyka dla dziecka karmionego piersią.
Beyondblue, Guideline for Primary Care Health Professionals, 2011	Rekomendowane interwencje nefarmakologiczne obejmują: wsparcie psychologiczne, terapię CBT, terapię interpersonalną oraz psychodynamiczną. Przy podejmowaniu decyzji o włączeniu leczenia farmakologicznego w czasie karmienia piersią, należy wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek.

10.4. Postępowanie w sytuacji zagrożenia samobójstwem matki lub zagrożenia zdrowia lub życia dziecka

Większość rekomendacji odnosi się do potencjalnie najpoważniejszej sytuacji związanej z depresją poporodową – do oceny ryzyka samobójstwa matki lub zagrożenia dla dziecka.

Beyondblue zaleca zadawanie następujących pytań pacjentkom z depresją postnatalną:

- Czy masz myśli, że nie warto żyć?
- Czy masz myśli, żeby zranić swoje dziecko?

W przypadku odpowiedzi twierdzących wskazane jest dopytanie kobiety o częstotliwość myśli i ewentualne plany samobójcze oraz ocenę możliwości ich realizacji.

Jeżeli kobieta zgłasza, że myśli o swojej śmierci lub skrzywdzeniu dziecka (NICE, SIGN), lub też w pozycji nr 10 na skali EPDS (odnoszącej się do myśli o samookaleczeniu) uzyskała więcej niż 0 punktów, powinna być poddana dalszej, wnikliwej ocenie stanu psychicznego (Beyondblue) i skierowana do leczenia psychiatrycznego. Stwierdziwszy znaczne nasilenie objawów, i obawiając się o życie i zdrowie pacjentki lub dziecka, należy rozważyć również konieczność wezwania pogotowia ratunkowego.

Szczególne ryzyko samobójstwa matki lub zagrożenia dla noworodka wiąże się też z psychozą poporodową. W sytuacji podejrzenia tego zaburzenia wszystkie uwzględniające ten problem rekomendacje zalecają pilne skierowanie kobiety do leczenia psychiatrycznego.

10.5. Postępowanie w przypadku podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej

Podczas ciąży lub bezpośrednio po porodzie może dojść do ujawnienia się choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). W tym samym okresie może również nastąpić zaostrzenie objawów rozpoznanej już wcześniej choroby. Może ona wywrzeć poważny niekorzystny wpływ nie tylko na matkę, lecz również na dziecko. Tymczasem leczenie ChAD w trakcie ciąży jest w istotny sposób utrudnione.

Z uwagi na zbyt małą liczbę badań nad epizodami afektywnymi w przebiegu ChAD po porodzie, stosowne rekomendacje nie zostały sformułowane (Sharma i wsp., 2009). Wyniki niektórych analiz wskazują na zasadność rutynowego wywiadu w kierunku epizodów hipomanii/manii w przeszłości (Sharma i wsp., 2009).

Wszystkie podstawowe preparaty lecznicze stosowane typowo w profilaktyce nawrotów ChAD mogą wywierać działanie teratogenne, jednak w przypadku każdego ze środków ryzyko i specyfika tych działań jest odmienna. Podstawowym lekiem normotymicznym, którego stosowanie należy rozważyć u ciężarnej kobiety z ChAD, jest węglan litu. W szczególnych przypadkach można rozważyć przepisanie lamotryginy. Z całą pewnością należy odstawić walproinian i karbamazepinę.

10.6. Diagnoza sytuacji w Polsce – bariery i możliwe rozwiązania

W wielu opracowaniach naukowych podkreśla się potrzebę zaprojektowania własnych wytycznych w poszczególnych krajach, uwzględniających różne czynniki kulturowe, a także specyfikę systemu opieki zdrowotnej w danym państwie.

W Polsce dotychczas nikt w sposób systemowy i kompleksowy nie zajmował się zdrowiem psychicznym pacjentek po porodzie. Świadomość społeczna w tym temacie wydaje się być również niska i problem często bywa bagatelizowany. Kobiety obawiają się stygmatyzacji, piętna „złej matki” i wykluczenia społecznego. Niedostateczna wiedza na ten temat dotyczy również przedstawicieli zawodów medycznych zaangażowanych w opiekę nad kobietą w ciąży i po porodzie (lekarz rodzinny, ginekolog, położna, pediatra), nie ma jednak badań oceniających dokładniej ten problem. Do zmian w tym zakresie ma się przyczynić realizacja *Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020*. Celem działań podejmowanych w jego ramach jest pogłębienie świadomości i uwrażliwienie społeczeństwa na problem choroby jaką jest depresja, m.in. poprzez ogólnopolską kampanię edukacyjno-informacyjną pt. *Depresja. Rozumiesz – pomagasz*. W ramach działań promocyjnych publikowane i dystrybuowane są (m.in. za pomocą środków masowego przekazu) treści edukacyjne i uświadamiające skierowane do całego społeczeństwa, z wyszczególnieniem grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję: dzie-

ci i młodzieży, kobiet w okresie okołoporodowym oraz osób starszych. Równocześnie zostały przygotowane przedmiotowa strona internetowa www.wyleczdepresje.pl oraz broszury zawierające rzetelne kompendium wiedzy o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawach, profilaktyce, leczeniu oraz formach wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Materiały kampanii stanowią dobre źródło podstawowych informacji o chorobie również dla profesjonalistów medycznych, w tym lekarzy POZ/rodzinnych, personelu poradni i oddziałów ginekologiczno-położniczych.

Lekarze, pielęgniarki i położne zazwyczaj skupiają uwagę na powikłaniach somatycznych u kobiety po porodzie i na zdrowiu noworodka, pozostawiając kwestię formy psychicznej matki psychologom i lekarzom psychiatrom. Problem polega na tym, że do specjalistycznej opieki psychiatrycznej pacjentka z depresją postnatalną może w ogóle nigdy nie trafić. Wynika to po części z faktu, że kobiety często nie zdają sobie sprawy, że ich stan wykracza poza fizjologiczną normę w tym okresie. Dużą rolę może odgrywać też opór przed poszukiwaniem pomocy psychiatrycznej, wynikający ze strachu przed stygmatyzacją.

W Polsce nie obowiązują żadne rekomendacje odpowiednich towarzystw (takich jak: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Położnych) ani innych podobnych stowarzyszeń i organizacji w zakresie wykrywania depresji postnatalnej. Dobrą zmianę stanowi wprowadzenie nowego organizacyjnego standardu opieki okołoporodowej, a w jego ramach – zaleceń wykonywania oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji w trakcie ciąży i porodu.

Ginekolodzy, pediatrzy i lekarze rodzinni w ramach realizacji swoich specjalizacji mają zajęcia poświęcone problematyce chorób psychicznych (w tym depresji postnatalnej), jednak w dalszej pracy zawodowej nie są już w tym temacie szkoleni. Wiedzą o depresji poporodowej dysponują głównie psychiatrzy i psycholodzy, którzy korzystają ze standardów leczenia opracowanych przez zespoły ekspertów.

W działaniach profilaktycznych zasadniczym celem jest zapobieganie czynnikom wpływającym na pogorszenie stanu zdrowia. W przypadku dysfunkcji psychicznych w okresie poporodowym bardzo ważne jest rozpoznanie czynników ryzyka depresji oraz próba ich złagodzenia lub eliminacji. Formą profilaktyki jest również edukacja. Tematyka zaburzenia stanu psychicznego kobiety po porodzie jest obecnie poruszana w szkołach rodzenia, jednak w sposób niewyczerpujący. Nie są przewidziane osobne zajęcia, nie ma też osobnego spotkania z psychologiem lub psychiatrą.

Należy nadmienić, iż od niedawna funkcjonuje program opieki perinatalnej w ramach Oddziału Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Z ambulatoryjnej porady specjalistycznej mogą tam skorzystać wszystkie kobiety w okresie okołoporodowym, które potrzebują takiej pomocy. Niestety, wciąż nie ma w Polsce odpowiednich oddziałów psychiatrycznych dla

matek z depresją postnatalną i ich dzieci – takie placówki okazały się niezwykle skuteczne np. w Wielkiej Brytanii czy w Niemczech.

Dostępna jest natomiast polska wersja kwestionariusza *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Bnińska M. w: Steiner i wsp., 1999). Pozytywną wartość predykcyjną EPDS ocenia się na 70% (Cox i wsp., 1987), a nawet na 90% (Zelkowitz i Milet, 1995). Skala była już z powodzeniem stosowana w polskich badaniach oceniających występowanie depresji poporodowej, które potwierdziły jej wysoką rzetelność (współczynnik alfa Cronbacha – 0.90; Iracka i Lewicka, 2014).

To właśnie profesjonaliści z najbliższego otoczenia medycznego kobiety – pediatra (do którego zgłosi się z dzieckiem), ginekolog (który prowadzi ją w ciąży i podczas porodu), położna i położna środowiskowa (które mają kontakt z kobietą w czasie ciąży, porodu i podczas wizyty patronażowej w trakcie porodu) i lekarz rodzinny (który zazwyczaj zna pacjentkę od dawna) – mają najlepszą sposobność, aby zastosować badanie przesiewowe w kierunku depresji u pacjentki. Wszyscy oni są w stanie wychwycić zmianę w zachowaniu i zdrowiu psychicznym podopiecznej.

Istotną rolę w opiece zdrowotnej nad kobietą w ciąży i po porodzie pełni w Polsce ginekolog, który zajmuje się nią w tym okresie – co stwarza wiele okazji do bliższego zgłębienia ewentualnych objawów depresyjnych u pacjentki. Natomiast pobyt kobiety na oddziale położniczym skraca się obecnie coraz bardziej (średnio wypisuje się ją ze szpitala trzeciego dnia po porodzie). Ważne jest, aby ten krótki czas wykorzystać na dokładną obserwację formy nie tylko fizycznej, lecz również psychicznej.

Szczególnie znacząca jest też funkcja położnej. Jej podejście, wiedza i życzliwość w dużej mierze wpływają na samopoczucie kobiety w okresie okołoporodowym. W trakcie porodu do zadań położnej należy ścisła obserwacja stanu ogólnego i położniczego, a także emocjonalnego. Podczas wizyt patronażowych może w bezpiecznym dla pacjentki środowisku domowym ocenić bliżej jej stan psychiczny. Ważne jest też budowanie struktur wsparcia społecznego, którego elementem mogą być kontakty z położną środowiskową oraz różne grupy pomocowe dla kobiet po porodzie. Często w przypadku depresji postnatalnej jej skutki dotyczą wszystkich osób, interwencji wymaga więc cała rodzina. Dlatego kompleksowe zaangażowanie systemu rodzinnego znacznie zwiększa skuteczność wszelkich podjętych działań.

W Polsce lekarze rodzinni i pediatrzy nie mają tak szerokiej wiedzy w zakresie leczenia chorób psychicznych, jak ma to miejsce w przytoczonych przykładach z innych krajów. W praktyce rzadko zdarza się, aby samodzielnie leczyli choroby psychiczne, zazwyczaj pacjentka pozostaje pod opieką specjalisty psychiatrii – tymczasem lekarze rodzinni mogą z powodzeniem stanowić wsparcie w zakresie wykrywania i monitorowania matek z depresją poporodową. Jednak jak wspomniano wcześniej, zasadniczym problemem nie jest kwestia leczenia, a mała wykrywalność choroby. Dlatego też rekomendacje w tym zakresie powinny koncentrować się na zaleceniach odnośnie stosowania metod przesiewowych wykrywania depresji

postnatalnej przez wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych będących na pierwszej linii kontaktu z kobietą w ciąży i po porodzie oraz na działaniach informacyjno-edukacyjnych kierowanych do ciężarnych, ich rodzin oraz ogółu społeczeństwa. Pożądana i przynosząca wymierne korzyści jest również ścisła współpraca tych specjalistów z lekarzami psychiatrami i psychologami. Takie zespoły mogą świadczyć lepiej skoordynowaną i efektywniejszą opiekę nad pacjentką.

10.7. Podsumowanie

Poniżej podsumowano kluczowe kwestie dotyczące zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji poporodowej:

1. Dostępnych jest wiele interwencji psychoterapeutycznych skutecznych w zapobieganiu depresji postnatalnej, najbardziej obiecujące są programy internetowe oparte na bazie CBT.
2. Działania profilaktyczne są szczególnie istotne w przypadku pacjentek z grup wysokiego ryzyka depresji poporodowej.
3. Działania edukacyjne na szeroką skalę (kierowane do ogółu społeczeństwa, kobiet w ciąży i ich rodzin) wspierają wczesne rozpoznawanie symptomów choroby.
4. Obecność objawów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdej pacjentki w ciąży i po porodzie za pomocą narzędzi skryningowych przez przedstawicieli zawodów medycznych, z którymi styka się kobieta ciężarna (ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych).
5. Do badania przesiewowego najczęściej zalecane jest użycie kwestionariusza EPDS lub zestawu dwóch pytań wstępnych (*Whooley questions*) i EPDS, jako elementu całościowego badania w kierunku depresji poporodowej. Dodatkowo zaleca się przeprowadzenie wywiadu klinicznego.
6. Lekarzom rodzinnym, ginekologom, pediatrom oraz położnym brakuje wiedzy, praktycznych umiejętności, a także narzędzi w postaci opracowanych wytycznych, którymi mogliby się kierować w zapobieganiu, wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu depresji postnatalnej.
7. Leczeniem pierwszego rzutu u kobiet z depresją poporodową o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, które karmią piersią, jest psychoterapia (w szczególności CBT i terapia interpersonalna), zalecenia drugiej linii obejmują terapię farmakologiczną.
8. Przy podejmowaniu decyzji o włączeniu leczenia farmakologicznego w czasie karmienia piersią, należy rozważyć korzyści dla matki i wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek.
9. W Polsce opiekę zdrowotną nad kobietą w ciąży i po porodzie charakteryzują fragmentaryzacja świadczeń i brak kompleksowego podejścia do tej tematyki.
10. Specyfika leczenia depresji w okresie ciąży i po porodzie (zwłaszcza w przebiegu ChAD) w większości przypadków wymaga leczenia przez wyspecjalizowanego psychiatrę. Lekarze innych specjalności i personel medyczny mający kontakt z pacjentką w okresie okołoporodowym mogą wspierać psychiatrów w zakresie wczesnego rozpoznawania i monitorowania podopiecznej.

11. Pilne skierowanie do psychiatry specjalisty i rozważenie interwencji pogotowia ratunkowego jest wskazane w przypadku: myśli samobójczych, myśli o skrzywdzeniu dziecka, ciężkiego epizodu depresji, niepowodzenia leczenia, psychozy lub podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej.
12. Wcześnie wdrożone postępowanie diagnostyczno-lecznicze poprawia rokowanie odnośnie zdrowia kobiety, dziecka i całej rodziny.

II. PROGRAM PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNY ZAPOBIEGANIA DEPRESJI POPORODOWEJ

Poniżej podsumowano rozmaite przeszkody wpływające na niską rozpoznawalność oraz niedostateczne leczenie depresji poporodowej. Można je podzielić na trzy kategorie:

1. Bariery związane z personelem medycznym zaangażowanym w opiekę nad kobietą w ciąży i okresie poporodowym, np.: ograniczony czas podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności diagnozowania depresji postnatalnej.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, są szkolenia personelu medycznego obejmujące zapoznanie z objawami i przebiegiem choroby oraz stosowania metod przesiewowych jej wykrywania.

2. Bariery związane z samą pacjentką, np. obawa przed stygmatyzacją, niewiedza na temat depresji poporodowej, brak możliwości zapewnienia opieki dla dziecka na czas wizyty u specjalisty.

Na polepszenie sytuacji może wpłynąć edukacja kobiet ciężarnych i po porodzie oraz ich rodzin. Wskazane byłoby także uświadamianie całego społeczeństwa przez odpowiednią ogólnopolską kampanię.

3. Bariery systemowe: brak wytycznych odnośnie postępowania dla danych grup pracujących z kobietami spodziewającymi się dziecka i po porodzie, organizacja systemu opieki zdrowotnej, oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej – psychiatrycznej.

Sposób mogący przynieść usprawnienia w tym zakresie polega na opracowaniu wytycznych związanych z rozpoznawaniem depresji poporodowej i dalszym postępowaniem z pacjentką – dla wszystkich przedstawicieli personelu medycznego mającego kontakt z kobietą w jej okresie okołoporodowym.

Rozwiązaniem zebranych wyżej problemów jest zaproponowany program profilaktyczno-edukacyjny zapobiegania depresji poporodowej. Składa się on z trzech części odnoszących się do zidentyfikowanych powyżej barier.

Zalecanymi oddziaływaniami należy objąć wszystkie pacjentki w okresie okołoporodowym, ginekologów, położne, pozostały personel oddziałów położniczych, pediatrów oraz lekarzy rodzinnych. Program ma z założenia charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej i pielęgniarckiej.

Rekomendacje powinny zostać udostępnione we wszystkich poradniach i oddziałach ginekologicznych i położniczych, poradniach POZ oraz gabinetach pediatrycznych na terenie całego kraju. W przypadku trudności z szybkim upowszechnieniem poniższych wskazań na skalę ogólnopolską, można rozważyć przeprowadzenie programu pilotażowego w wybranych placówkach. Instytut Psychiatrii i Neurologii monitorowałby realizację programu przez poszczególne jednostki opieki zdrowotnej i dokonywał okresowej ewaluacji efektywności przedsięwzięcia.

Składowe programu opisano poniżej:

1. Szkolenie ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych środowiskowych, personelu izb porodowych i oddziałów położniczych w zakresie wykrywania depresji postnatalnej.

Pierwszą częścią inicjatywy jest przeprowadzenie szeroko zakrojonych szkoleń w postaci ogólnopolskiego programu edukacyjnego dotyczącego profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej. Kurs (2-godzinny) obejmuje: zapoznanie się z objawami i przebiegiem choroby oraz z *Edynburską Skalą Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)*, wstępną ocenę stanu psychicznego, podstawy kontaktu z pacjentką z podejrzeniem depresji poporodowej, wytyczne co do kierowania jej do dalszej specjalistycznej opieki psychiatrycznej/psychologicznej. Elementem niezbędnym jest tu wskazanie i rozpowszechnienie narzędzia przesiewowego do wykrywania depresji (EPDS).

Aby osiągnąć wymierny efekt tych działań w skali kraju, należy dotrzeć do bardzo szerokiego grona personelu medycznego zaangażowanego w opiekę nad pacjentką z depresją poporodową. Optymalnym rozwiązaniem byłyby szkolenia przez platformę internetową (e-learning).

2. Działania informacyjno-edukacyjne przybliżające problematykę depresji poporodowej.

a) Przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej.

b) Upowszechnianie broszur edukacyjnych dotyczących depresji postnatalnej wśród pacjentów i ich rodzin w poradniach i oddziałach ginekologicznych i położniczych, poradniach POZ i gabinetach pediatrycznych.

c) Wprowadzenie programu edukacyjnego odnośnie choroby w szkołach rodzenia.

W działaniach profilaktycznych ogromne znaczenie ma opieka przedporodowa, którą w Polsce proponują szkoły rodzenia. Udział w nich jest jednym z najskuteczniejszych sposobów edukacji przyszłej matki. Do przystąpienia do programu są zapraszane kobiety i ich rodziny uczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia oraz personel izb porodowych szpitali (za wyrażeniem zgody).

Zaleca się:

- wprowadzenie modułu edukacyjnego związanego z tematyką depresji poporodowej dla wszystkich kobiet w ciąży korzystających ze szkoły rodzenia (1 godzina zajęć)
- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla ciężarnych i ich opiekunów w zakresie symptomów depresji postnatalnej, objawów zwiastunowych, możliwości radzenia sobie z tym problemem, z podkreśleniem roli wsparcia rodziny
- przekazanie broszury dotyczącej choroby
- rozdanie kwestionariusza przesiewowego EDPS oceniającego występowanie objawów depresji poporodowej
- zapewnienie możliwości konsultacji psychologicznej/psychiatrycznej dla kobiet potrzebujących takiej interwencji.

3. Rekomendacje w zakresie profilaktyki depresji postnatalnej, wczesnego wykrywania i dalszego postępowania z pacjentką dla ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych środowiskowych, pielęgniarek, położnych i personelu oddziałów ginekologicznych i położniczych.

a) Zaleca się edukację ciężarnych pacjentek w temacie problemów psychicznych okresu okołoporodowego, w tym ryzyka i objawów depresji postnatalnej.

b) Obecność symptomów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdej kobiety w ciąży i po porodzie za pomocą kwestionariusza EPDS.

c) Sugeruje się, by wyjaśnić kobiecie cel badania i uzyskać jej świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza.

d) Zaleca się, aby lekarze ginekolodzy i/lub położne przeprowadzali rutynowo u wszystkich kobiet spodziewających się dziecka i po porodzie skryning w kierunku depresji postnatalnej przynajmniej dwa razy: w czasie ciąży oraz 6-8 tygodni po porodzie (podczas wizyty kontrolnej). Zalecane jest także przeprowadzenie badania przesiewowego w trakcie hospitalizacji pacjentki (3 dnia po porodzie).

e) Wskazuje się potrzebę, aby lekarze pediatrzy przeprowadzali wśród pacjentek każdorazowo rutynowo badanie skryningowe w kierunku depresji przy okazji pierwszej wizyty z dzieckiem w poradni.

f) Zaleca się, aby lekarze rodzinni i położne środowiskowe robili rutynowo przy okazji pierwszej wizyty pacjentek po porodzie badanie przesiewowe w kierunku depresji, a także podczas wizyty patronażowej położnej środowiskowej.

g) Jeśli kobieta nie wyraża zgody na wypełnienia kwestionariusza EPDS, badanie skryningowe należy ponownie zaproponować przy następnej sposobności.

h) Wskazane jest zebranie wywiadu odnośnie czynników ryzyka depresji poporodowej.

Warto zapytać kobietę o następujące czynniki ryzyka:

- depresję postnatalną w przeszłości
- psychozę poporodową
- depresję w ciąży
- depresję niezależną od okresu okołoporodowego
- chorobę afektywną dwubiegunową
- zaburzenia psychiczne w rodzinie
- trudną sytuację materialną, bytową, brak wsparcia w najbliższym otoczeniu
- stresujące wydarzenia życiowe w czasie ciąży i po porodzie.

i) U kobiet z grupy zwiększonego ryzyka depresji postnatalnej wskazane jest przeprowadzanie badania przesiewowego przy okazji każdej wizyty w trakcie w ciąży i w okresie poporodowym.

j) Zalecane jest również zebranie wywiadu w kierunku uzależnienia od alkoholu, narkotyków i leków. W przypadku pozytywnego wyniku trzeba uważnie monitorować pacjentkę i rozważyć skierowanie do opieki psychiatrycznej.

k) W przypadku wyniku 10, 11 i 12 punktów na skali EPDS wskazane jest ponowne badanie za 2-4 tygodnie.

l) Wynik 13 punktów i więcej na skali EPDS wymaga uzupełnienia badania o wywiad w kierunku objawów depresji. Pomocne mogą być pytania dotyczące samopoczucia pacjentki w ciągu ostatnich 7 dni, tj. o:

- uczucie zmęczenia, wyczerpania
- brak energii i motywacji do codziennej aktywności
- smutek, obniżony nastrój, poczucie beznadziejności
- problemy z koncentracją uwagi i pamięcią
- nadmierny lęk o zdrowie dziecka
- poczucie winy, niskiej wartości, nieradzenia sobie z obowiązkami matki
- lęk przed utratą kontroli i „zwariowaniem”
- brak zainteresowania noworodkiem
- lęk/myśli związane ze skrzywdzeniem dziecka
- płaczliwość, drażliwość
- myśli o samouszkodzeniu oraz samobójcze.

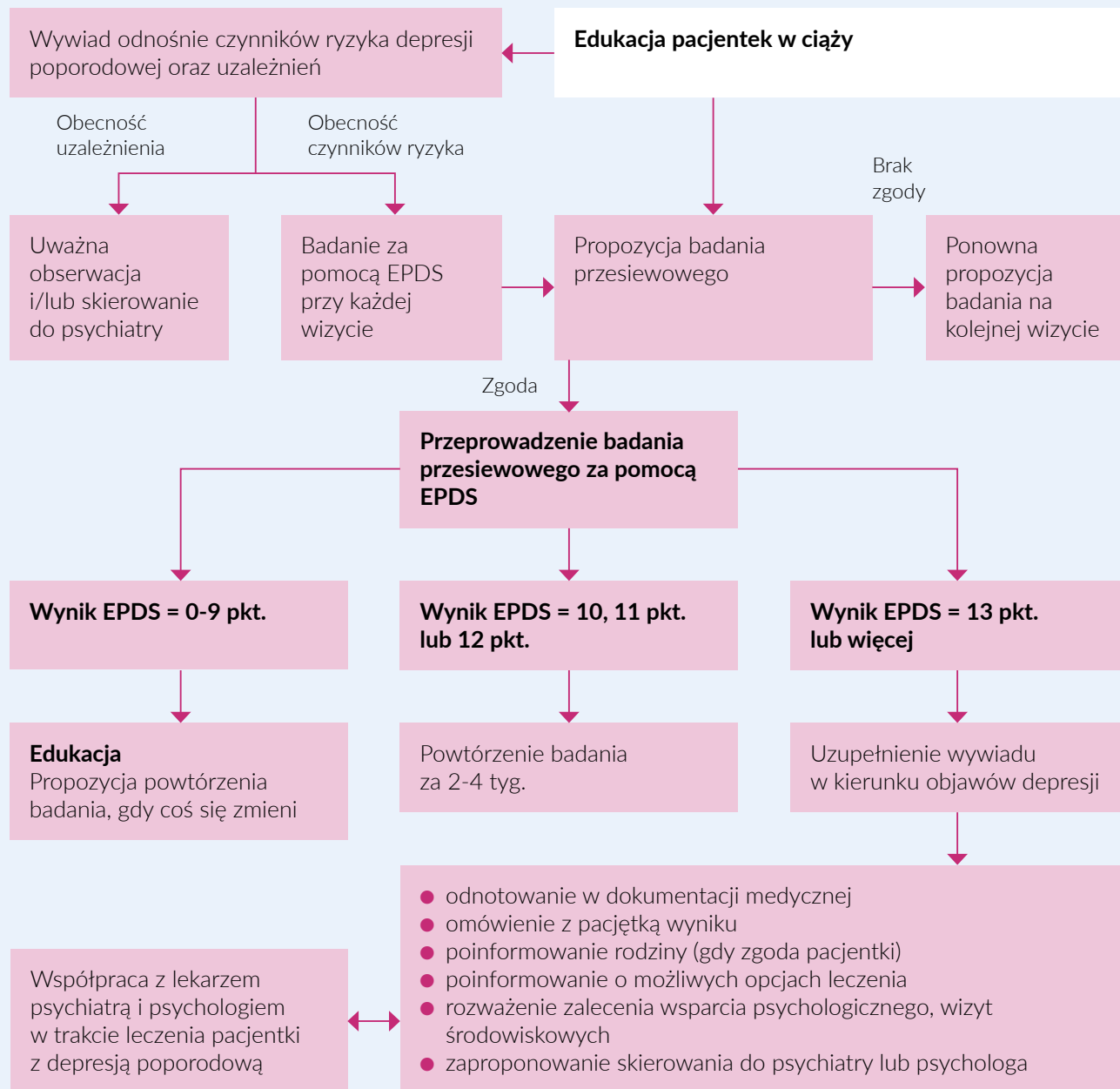
ł) Pozytywny wynik (13 punktów i więcej) badania przesiewowego wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Zaleca się następnie podjąć następujące działania:

- przedyskutować z pacjentką wynik badania skryningowego
- jeśli pacjentka wyraża zgodę, poinformować jej bliskich o rozpoznaniu i planie leczenia
- ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu

- poinformować o możliwych opcjach dalszego postępowania i możliwościach leczenia (psychoterapia, farmakoterapia)
 - rozważyć zalecenie wsparcia psychologicznego, wizyt środowiskowych, skierowanie do grup wsparcia
 - zaproponować plan dalszego postępowania – skierowanie do lekarza psychiatry lub psychologa.
- m) Zalecana jest skoordynowana opieka nad pacjentką z rozpoznaną depresją w okresie ciąży i po porodzie we współpracy ze specjalistami psychiatrami i psychologami. Sugeruje się wspólne ustalenie planu wizyt i leczenia.
- n) W następujących przypadkach pacjentkę należy skierować w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną:
- deklarowanie myśli samobójczych, dotyczących samookaleczenia (lub wynik powyżej 0 w punkcie 10. na skali EPDS)
 - przyznanie się do myśli o skrzywdzeniu dziecka
 - duże nasilenie objawów depresyjnych, wyraźnie upośledzających codzienne funkcjonowanie pacjentki
 - podejrzenie psychozy poporodowej
 - podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej.

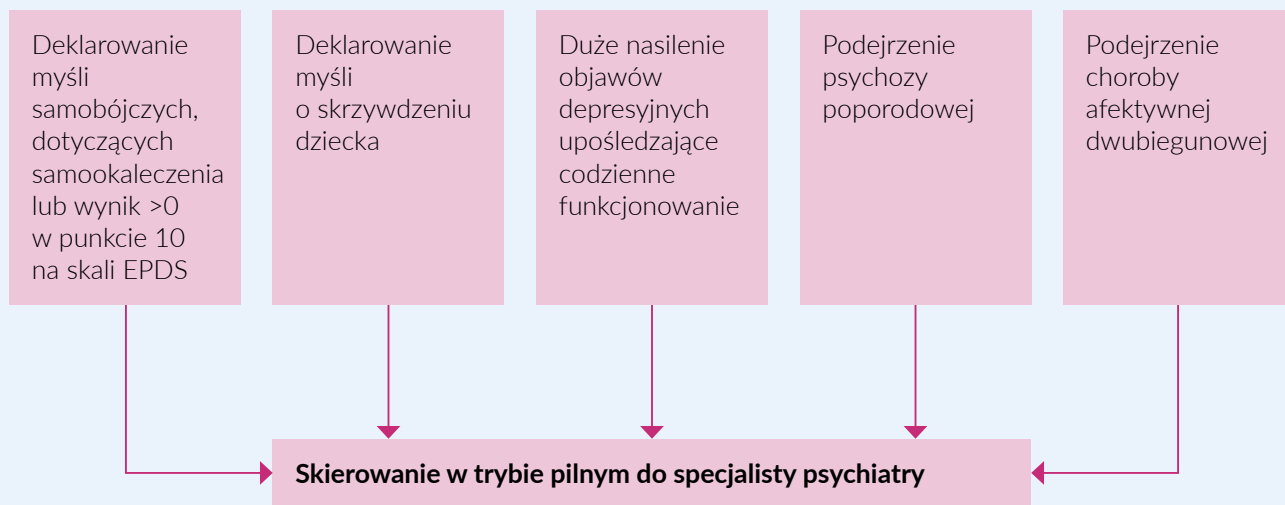
Poniższy diagram ilustruje działania związane z profilaktyką, wykrywaniem i dalszym postępowaniem z pacjentką z depresją poporodową.

DEPRESJA POPORODOWA



Poniższy diagram ilustruje sytuacje wymagające pilnej konsultacji.

SYTUACJE WYMAGAJĄCE PILNEJ KONSULTACJI PSYCHIATRYCZNEJ



KWESTIONARIUSZ EPDS

- EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ*

Zakreśl odpowiedź charakteryzującą twoje samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze (0 punktów)
- rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwinałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- tak, w większości przypadków (3 punkty)
- tak, czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokój.

- zupełnie nie (0 punktów)
- raczej nie (1 punkt)
- czasami (2 punkty)
- tak, bardzo często (3 punkty)

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- tak, często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- nie, raczej nie (1 punkt)
- nie, nigdy (0 punktów)

6. Wydarzenia przerastały mnie

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- niezbyt często (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- tylko sporadycznie (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- tak, dość często (3 punkty)
 - czasami (2 punkty)
 - bardzo rzadko (1 punkt)
 - nigdy (0 punktów)
-

* Źródło: Borysewicz K., *Edynburska skala depresji poporodowej*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9: 71-77, na podstawie Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

Wszystkie badane otrzymują skalę do wypełnienia bez wyszczególnionych punktów umieszczonych przy każdej z możliwych odpowiedzi. W przypadku uzyskania wyniku 12 lub więcej punktów kobieta powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności. Konieczne jest również zwrócenie uwagi na kobiety, które ujawniły myśli o zrobieniu sobie krzywdy (minimum 1 punkt w pytaniu nr 10), nawet jeśli ich ogólny wynik punktacji uzyskanej w badaniu jest niski.

PIŚMIENNICTWO

Abrams S.M., Field T., Scafidi F., Prodromidis M., *Newborns of depressed mothers*. *Infant Mental Health J* 1995, 16: 233-9.

American Psychiatric Association, *Depressive disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013, 155-233.

American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Guidelines for perinatal care*, 6th ed., Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics, and Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007.

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. *Policy statement – hospital stay for healthy term newborns*. *Pediatrics*, 2010, 125(2):405-409.

American College of Nurse Midwives, *Division of Women's Health Policy and Leadership. Position statement: depression in women*. Approved March 2002, reviewed December 2003.

Appleby L., Warner R., Whitton A., Faragher B., *A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression*. *BMJ*, 1997, 314:932-936.

Beck, C.T., *The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis*. *Arch Psychiatr Nurs*, 1998, 12:12-20.

Beck C.T., Gable R.K., *Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing*. *Nurs Res*, 2000, 49:272-282.

Beyondblue, *Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals*. Melbourne: beyondblue, 2011.

Boyd R.C., Le H.N., Somberg R., *Review of screening instruments for postpartum depression*. *Arch Womens Ment Health*, 2005, 8:141-153.

Brugha T.S., Morrell C.J., Slade P., et al., *Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care*. *Psychol Med*, 2011, 41:739-748.

Cooper P., Murray L., *Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept*. *Br J Psychiatry*, 1995, 166:191-195.

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.

Dennis C.L., Dowswell T., *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. Cochrane Database Syst Rev, 2013, (2):CD001134.

Earls M.F., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health Incorporating, *Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice*. PEDIATRICS Vol. 126 No. 5 Nov 01, 2010.

Evins G.G., Theofrastous J.P., Galvin S.L., *Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation*. Am J Obstet Gynecol, 2000, 182:1080-2.

Fervers B., Burgers J.S., Haugh M., Latreille J., Mlika-Cabanne N., Paquet L., Coulombe M., Poirier M., Burnand B., *Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure*. Int J Qual Health Care, 2006, 18(3):167-176.

Field T., *Infants of depressed mothers*. Infant Behav Dev, 1995, 18:1-13.

Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., et al., *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*. Obstet Gynecol, 2005, 106:1071-1083.

Gaynes B.N., Gavin N., Meltzer-Brody S., et al., *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Feb, 2005.

Gelenberg A.J., Freeman M.P., Markowitz J.C., et al, American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3rd ed. Nov 2010.

Georgiopoulos A.M., Bryan T.L., Wollan P., Yawn B.P., *Routine screening for postpartum depression*. J Fam Pract, 2001, 50:117-22.

Gibson J., McKenzie-McHarg K., Shakespeare J., et al., *A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women*. Acta Psychiatr Scand, 2009, 119:350-364.

Gunn J., Lumley J., Young D., *The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice*. Br J Gen Pract, 1998, 48(434):1570-1574.

Harrison M.B., Légaré F., Graham I.D., Fervers B., *Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use*. Can Med Assoc J, 2009, 182(2):e78-e84.

Hearn G., Iliff A., Jones I., et al., *Postnatal depression in the community*. Br J Gen Pract, 1998, 48:1064-1066.

Heron J., O'Connor T.G., Evans J., et al., ALSPAC Study Team, *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample*. J Affect Disord, 2004, 80:65-73.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2010 Edition, WHO.

Iracka E., Lewicka M., *The occurrence of postpartum depression among women in childbirth*. 2014. European Journal of Medical Technologies, 2014, 3(4):60-66.

Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M., *The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments*. Aust N Z J Psychiatry, Apr 2005, 39(4):248-54.

Katon W.J., Ludman E.J., *Improving services for women with depression in primary care settings*. Psychol Women Quarterly, 2003, 27:114-20.

Lobato G., Brunner M.A., Dias M.A., Moraes C.L., Reichenheim M.E., *Higher rates of postpartum depression among women lacking care after childbirth: clinical and epidemiological importance of missed postnatal visits*. Arch Womens Ment Health, 2012, 15(2):145-146. doi: 10.1007/s00737-012-0256-4.

Meager I., Milgrom J., *Group treatment for postpartum depression: a pilot study*. Aust N Z J Psychiatry, 1996, 30:852-860.

Meeks T.W., Vahia I.V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D.V., *A tune in „a minor” can „b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults*. J. Affect. Disord, 2011, 129, 126-142.

Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., et al., *Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study*. J Affect Disord, 2008, 108:147-157.

Molyneaux E., Howard L.M., McGeown H.R., et al., *Antidepressant treatment for postnatal depression*. Cochrane Database Syst Rev, 2014, (9):CD002018.

Morgan A., Jorm A., *Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people*. Australas Psychiatry, Aug 2007, 15(4):329-33.

Munk-Olsen T., Laursen T.M., Meltzer-Brody S., et al., *Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders*. Arch Gen Psychiatry, 2012, 69:428-434.

Murray L., *The impact of postnatal depression on infant development*. J Child Psychol Psychiatry, 1992, 33:543-61.

Murray L., Cooper P., *The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcome*. [w:] Murray L., Cooper P.J., editors., *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press, New York 1997.

Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R., Cooper P., *The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome*. *Child Dev*, 1996, 67:2512-52.

Musters C., McDonald E., Jones I., *Management of postnatal depression*. *BMJ*, 2008, 337:a736.

National Institute for Health and Care Excellence, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Dec 2014; <http://www.nice.org.uk>.

Nonacs R.M., Wang B., Viguera A.C., Cohen L.S., *Psychiatric illness during pregnancy and the post-partum period*. [w:] Stern T.A., Fava M., Wilens T.E., Rosenbaum J.F., eds., *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016, chap 31.

Norwitz E.R., Lye S.J., *Biology of parturition*. [w:] Moore T.R., Lockwood C.J., Creasy and Resnick's *Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice*, edited by Robert K., Creasy R.R., Jay D.I, associate editors, Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2009, 19103-2899.

O'Hara M.W., Swain A.M., *Rates and risks of postpartum depression: a metaanalysis*. *Int Rev Psychiatry*, 1996, 8:37-54.

Pignone M.P., Gaynes B.N., Rushton J.L., et al., *Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med*, May 2002, 136(10):765-76.

Robertson E., Grace S., Wallington T., et al., *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004, 26:289-295.

Robertson Howell E.A., Mora P., Leventhal H., *Correlates of early postpartum depressive symptoms*. *Matern Child Health J*, 2006, 10:149-157.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of perinatal mood disorders*. Mar 2012; <http://www.sign.ac.uk>.

Sie S.D., Wennink J.M.B., van Driel J.J., Winkel A.G.W., Boer K., Casteelen G., Weissenbruch M. M., *Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation*. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed*, 2012, 97, 6, 472.

Siu A.L., US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al., *Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement*. *JAMA*, 2016, 315(4):380-387. PMID: 26813211; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813211>.

Sharma V., Burt V.K., Ritchie H.L., *Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis, and treatment*. Am J Psychiatry, 2009, 166:1217-1221.

Steiner M., Yonkers K., *Depresja u kobiet*. Via Medica, Gdańsk 1999.

Surkan P.J., Peterson K.E., Hughes M.D., et al., *The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample*. Matern Child Health J, 2006, 10:375-383.

Tronick E., Weinberg K., *Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness*. [w:] Murray L., Cooper P., editors, *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press, New York 1997.

Weissman M.M., Pilowsky D.J., Wickramaratne P.J., et al., *Remissions in maternal depression and child psychopathology. A STAR*D-Child Report*. JAMA, 2006, 295:1389-98.

Weissman A.M., Levy B.T., Hartz A.J., et al., *Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants*. Am J Psychiatry, 2004 161:1066-1078.

WHO, *Antidepressant treatment for postnatal depression 2015*.

WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*.

WHO, *The World Health Report 2003*.

Zahumensky J., Sykorova J., Sottner O., Zmrhalova B., Vojtech J., Menzlova E., Vasicka I., Dvorska M., Maxova K., Vlacil J., et al., *Postpartum examination, breastfeeding, and contraception in the postpartum period in the Czech Republic*. Cent Eur J Med, 2010, 6(1):76-82.

Zauderer Ch.J., *Postpartum Depression: How Childbirth Educators Can Help Break the Silence*. Perinat Educ. 2009, 18(2):23-31.

Zelkowitz P., Milet T.H., *Screening for postpartum depression in a community sample*. Canadian Journal of Psychiatry, 1995, 40:80-86.