Projekt: *Zwiększenie wiedzy i kompetencji studentów położnictwa w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. „Położne dla zdrowia psychicznego" Projekt finansowany w ramach funduszy EOG przez kraje darczyńców: Islandię, Liechtenstein i Norwegię, realizowany przez Zespół Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.*

Czas ciąży przynosi wiele emocji i zazwyczaj kojarzony jest z radosnym oczekiwaniem. Okres poporodowy bywa trudny, ale zazwyczaj związane jest to z nieprzespanymi nocami i nowymi wyzwaniami. Dzielenie się opowieściami dotyczącymi porodu i pierwszymi doświadczeniami z Malutkim Dzieckiem zazwyczaj wypełnione jest historiami codziennych zmagań, nowości w jego życiu i niepokojem o jego zdrowie.

Bardzo ważne jest jednak, aby mówić o emocjach i odczuciach, których pojawienie się może powodować dezorientację u młodych rodziców – u części pojawia się smutek, uczucie przeciążenia, złości, rozczarowania. Zmęczenie bywa ogromne i można odnieść wrażenie, że niezręcznie jest opowiadać o tym innym, zadowolonym rodzicom. Trudno jest wplatać takie zwierzenia podczas spotkań rodzinnych czy towarzyskich.

A my chcielibyśmy, aby dla tych trudniejszych odczuć, nieoczywistych dla wielu osób emocji, znalazła się przestrzeń. Aby było miejsce i odbiorca, który wysłucha, zrozumie, wesprze. I o ile można coraz częściej usłyszeć o zaburzeniach nastroju związanych z porodem, o tyle wydaje się, że nadal nie ma bezpiecznego miejsca, aby o nich opowiadać.

Dlatego pokrótce chcielibyśmy przedstawić te zaburzenia nastroju, które najczęściej dotyczą mam i ojców, zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie, oraz wskazać, jakie są możliwe drogi uzyskania pomocy. Od codziennych, prostych, po pomoc specjalistyczną, której potrzebuje coraz więcej Polek i Polaków. Choć nadal rzadko o tym mówią.

1. Przygnębienie poporodowe: popularnie określane jako *baby blues* – doświadcza go większość kobiet, nawet 75-80%. Charakterystycznymi objawami jest labilność (niestabilność) nastroju – płacz, bez uchwytnej dla mamy przyczyny, krótkotrwała, ale intensywna euforia (bardzo silne uczucie radości i szczęścia) i znów uczucie przytłoczenia. Stany te przeplatają się, pojawiają się w czasie pierwszych kilku dni po porodzie, często wraz z wystąpieniem nawału mlecznego (fizjologicznego przepełnienia piersi) – około 2-3 doby po urodzeniu dziecka. Ważne jest, aby rozumieć, że stan ten jest przejściowy, nie powinien utrzymywać się dłużej, niż 2. tygodnie po porodzie i bardzo potrzebne jest w tym czasie okazanie zrozumienia, przecież wydarzyło się coś niezwykłego, mama jest zmęczona porodem, następują bardzo gwałtowne zmiany hormonalne w jej ciele, a obecność nowego człowieka na świecie, poczucie odpowiedzialności, radości i niepokoju mogą być przytłaczające. Utrzymywanie się powyższych objawów powyżej 2. tygodni od porodu, lub ich bardzo duża intensywność i bardzo gwałtowna zmienność nastoju, mogą stanowić sygnał ostrzegawczy i nie powinny być ignorowane.
2. Depresja: według danych literaturowych, depresja w czasie ciąży dotyka od 7% do niemal 13% kobiet, w zależności od trymestru ciąży. Po porodzie, w zależności od kraju, w którym prowadzone były badania, podaje się bardzo dużą rozpiętość rozpowszechnienia tej choroby – od 0,5% do nawet 60% badanych kobiet. Depresja poporodowa u kobiet może rozwinąć się szybko, już w czasie pierwszych 3. miesięcy po urodzeniu dziecka do roku po porodzie. Wśród mężczyzn, których partnerka jest w ciąży i młodych ojców, prowadzonych było znacznie mniej badań, ale według danych depresja w czasie ciąży partnerki dotyka około 10% mężczyzn, a po porodzie – między

1,2%-25,5%. Depresja u ojców, związana z okresem poporodowym rozwija się nieco później, niż u mam, jest to zazwyczaj 3.-6. Miesięcy po urodzeniu się ich dziecka. Bez wątpienia natomiast, występowanie depresji u partnerki zwiększa o 50% ryzyko rozwinięcia się depresji u mężczyzny.

Samo przyjrzenie się danym procentowym daje do myślenia – jak to możliwe, że rozbieżności są tak duże. Wynika to z metod prowadzenia badań, celem oceny nastroju, a pod uwagę trzeba również wziąć różnice występujące w wielu krajach – kulturowe, postrzegania siebie w roli rodzica, otrzymywania wsparcia od najbliższych, dostępności do systemu opieki zdrowotnej, sytuacji socjoekonomicznej i wielu innych.
Niezależnie od statystyk, jeśli rodzice dostrzegają u siebie niepokojące objawy, warto i należy szukać pomocy. Depresja jest chorobą, która ma wpływ na funkcjonowanie całej rodziny i rozwój dziecka. Bywa chorobą śmiertelną.
W procesie diagnostycznym stosuje się różne skale przesiewowe, ale wskazują one na ryzyko poważnych zaburzeń nastroju. Diagnozę depresji stawia wyłącznie lekarz. W procesie leczenia stosuje się zarówno leczenie farmakologiczne, jak i psychoterapię. Obie metody mogą być stosowane w jednym czasie, choć dobór terapii zawsze uzgadniany jest indywidualnie. Istnieją aktualnie leki, które uznane są za bezpieczne lub stosunkowo bezpieczne do stosowania podczas ciąży czy karmienia piersią. Rozpoznanie ciąży lub chęć karmienia piersią nie powinny stanowić bezwzględnego przeciwwskazania do stosowania terapii farmakologicznej, pod warunkiem, że są to substancje uznane za bezpieczne lub stosunkowo bezpieczne w tym okresie. Zawsze należy poradzić się lekarza w tym zakresie i nie stosować dodatkowych środków, w tym ziołowych, bez konsultacji – zioła również zawierają substancje czynne i w czasie ciąży i laktacji trzeba sprawdzać bezpieczeństwo ich stosowania.

Objawy depresji mogą być nieco odmienne u kobiet i u mężczyzn, ale wystąpienie ich powinno skłonić zarówno mamę, jak i tatę do poszukiwania pomocy:

1. Objawy depresji, jakie mogą pojawić się u ojców:
    - uczucie lęku,
    - frustracja,
    - złość,
    - poczucie bezradności,
    - poczucie braku wsparcia,
    - uczucie chaosu,
    - ryzykowne zachowania,
    - myśli i próby samobójcze,
    - tendencja do nadużywania substancji (alkohol, narkotyki),
    - istotnie obniżony nastrój,
    - izolacja społeczna.
2. Objawy depresji, jakie mogą pojawić się u matek:
    - istotnie obniżony nastój,
    - utrata zdolności do radowania się,
    - istotne obniżenie energii,
    - niska samoocena i wiara w siebie,
    - poczucie winy i poczucie niskiej wartości,
    - pesymistyczne widzenie przyszłości,
    - zaburzenia snu,
    - zmiany apetytu,
    - myśli i próby samobójcze.

Część z wymienionych powyżej objawów może dotyczyć obu płci.

Ważne jest, aby dostrzegając objawy, które nie ustępują, a zaczynają mieć wpływ na funkcjonowanie partnera i rodziny, poszukać pomocy. Aby ją uzyskać, warto udać się do psychiatry (NIE jest potrzebne skierowanie) lub psychologa (aby terapia była refundowana, potrzebne jest skierowanie). Warto poprosić o poradę zaufaną położną środowiskową lub ginekologa prowadzącego ciąże, bardzo często potrafią podpowiedzieć, gdzie w okolicy znaleźć pomoc. Jeśli mama jest w ciąży lub karmi piersią i zależy jej na kontynuowaniu karmienia, a konieczna jest farmakoterapia, trzeba poinformować o tym lekarza psychiatrę, aby mógł dobrać leczenie bezpieczne dla mamy i dziecka.

Ocena nastroju, według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 16 sierpnia 2018 roku - *ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji*, powinna zostać przeprowadzona przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w czasie ciąży (ginekologa lub położną) między 11. a 14. oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży oraz po porodzie – *ocena stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej*. Nie zostało wskazane narzędzie, jakie należy zastosować, stąd też część kobiet może otrzymać do wypełnienia dłuższy kwestionariusz, a część zostaje po prostu zapytana o samoocenę swojego nastroju.

Projekt*: Zwiększenie wiedzy i kompetencji studentów położnictwa w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. Położne dla zdrowia psychicznego" . Projekt finansowany w ramach funduszy EOG przez kraje darczyńców: Islandię, Liechtenstein i Norwegię. Realizowany przez Zespół uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.*

Piśmiennictwo:

1. Sokół-Szawłowska MJ. Depresja okołoporodowa u ojców. *Psychiatria.* **2020**;17(1):36-40. https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/PSYCH.2020.0006/50402
2. Falek I, Acri M, Dominguez J. et al. Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. *Int J Ment Health Syst*. **2022**;16(21) https://doi.org/10.1186/s13033-022-00531-0
3. Wang Z, Liu J, Shuai H et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. **2021**;11,543. https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6
4. Chrzan-Dętkoś M, Murawska N, Walczak-Kozłowska T. 'Next Stop: Mum': Evaluation of a Postpartum Depression Prevention Strategy in Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* **2022**;19,11731. https://doi.org/10.3390/ijerph191811731
5. Kuntz L. Pregnancy and Postpartum Suicide Risk: The New Numbers, November 25, 2020, https://www.psychiatrictimes.com/view/pregnancy-and-postpartum-suicide-risk-the-new-numbers
6. https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Status aktu prawnego: obowiązujący. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756