Cytowanie: Jeleniewska A, Tomaszewska A, Kalicka J, Rustecka A, Kalicki B: Wpływ zaburzeń psychicznych u kobiet podczas ciąży i po porodzie na stan zdrowia dziecka. Pediatr Med Rodz 2024; 20 (1). DOI: 10.15557/PiMR.2024.0005.

Alicja Jeleniewska[1], Agata Tomaszewska[1], Joanna Kalicka[2], Agnieszka Rustecka[1], Bolesław Kalicki[1]

Otrzymano: 23.11.2023
Zaakceptowano: 23.04.2024
Opublikowano online: 16.05.2024

Wpływ zaburzeń psychicznych u kobiet podczas ciąży i po porodzie na stan zdrowia dziecka

The impact of perinatal maternal mental health disorders on the child's health

[1] Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska
[2] Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska
Adres do korespondencji: Alicja Jeleniewska, Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, e-mail: awesolowska1@wim.mil.pl

https://doi.org/10.15557/PiMR.2024.0005

ORCID iDs
1. Agata Tomaszewska https://orcid.org/0000-0003-3255-7623
2. Joanna Kalicka https://orcid.org/0009-0005-5098-1008
3. Agnieszka Rustecka https://orcid.org/0000-0003-3012-6942
4. Bolesław Kalicki https://orcid.org/0000-0003-1606-5100

Streszczenie

Zaburzenia psychiczne podczas ciąży i po porodzie stanowią ważny problem zdrowotny i społeczny. Skutki depresji prenatalnej i poporodowej dotyczą zarówno matki, jak i dziecka. Do głównych zaburzeń okresu poporodowego zaliczamy przygnębienie (tzw. *baby blues*), depresję poporodową i psychozę poporodową. Depresja u kobiety w ciąży związana jest z większym ryzykiem porodu przedwczesnego i urodzenia dziecka z niską masą urodzeniową. Wykazano zależność pomiędzy wystąpieniem depresji w ciąży a rozwojem cukrzycy i wystąpieniem stanu przedrzucawkowego. Dodatkowo udowodniono wpływ zaburzeń psychicznych matki na rozwój chorób alergicznych i zaburzeń neurorozwojowych u dziecka. Depresja okołoporodowa może prowadzić do zaburzonej więzi matki z dzieckiem, przez co wpływa długoterminowo na rozwój emocjonalny i społeczny dziecka. Ponadto może ona wpływać zarówno na rozwój psychiczny, jak i wystąpienie chorób somatycznych u dzieci. Do głównych zaburzeń psychicznych obserwowanych u dziecka matki z depresją okołoporodową zaliczamy problemy behawioralne, zachowania destrukcyjne, zaburzenia lękowe i brak poczucia bezpieczeństwa. Udowodniono zwiększone ryzyko atopowego zapalenia skóry oraz nawracających infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych u dzieci matek z depresją. Biorąc to pod uwagę, oczywiste wydaje się to, że ochrona zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i po porodzie oraz dzieci powinna być wieloaspektowa i wielotorowa, ponieważ skutki nieleczonej depresji mogą mieć konsekwencje długoterminowe dla rozwoju dzieci.

Słowa kluczowe: depresja, ciąża, depresja poporodowa, zaburzenia psychiczne u dzieci, choroby somatyczne dzieci

Abstract

Perinatal mental disorders constitute an important health and social problem. Pre- and postnatal depression affects both the mother and her child. The most common postpartum mental health disorders include the so-called baby blues, postpartum depression and postpartum psychosis. Depression in pregnancy is associated with a greater risk of premature birth and low birth weight. Depression during pregnancy has also been linked to diabetes and preeclampsia. Furthermore, the influence of maternal mental disorders on the development of allergic diseases and neurodevelopmental disorders in the child has been proven. Perinatal depression can lead to impaired bonding between mother and child, which has a long-term impact on the child's emotional and social development. Perinatal depression may also affect both mental development and the occurrence of somatic diseases in children. The main mental disorders observed in the children of mothers with perinatal depression include behavioural problems, destructive behaviour, anxiety disorders and insecurity. An increased risk of atopic dermatitis and recurrent upper and lower airway infections has been proven in children of depressed mothers. Considering the above, it seems obvious that the protection of the mental health of pregnant and postpartum women and children should be multi-faceted and multi-tracked. Untreated depression may have long-term consequences on the child's development.

Keywords: depression, pregnancy, postpartum depression, mental disorders in children, somatic diseases in children

© 2023 Jeleniewska et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (CC BY-NC-ND). Reproduction is permitted for personal, educational, non-commercial use, provided that the original article is in whole, unmodified, and properly cited.

ONLINE FIRST

WSTĘP

Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w ciąży i w okresie okołoporodowym nie są zjawiskiem marginalnym. Według prowadzonych badań problem depresji w ciąży dotyczy 18% kobiet, czyli prawie 1/5 przyszłych matek. Depresja poporodowa (*postpartum depression*, PPD) dotyka 10–20% kobiet[1]. Należy podkreślić, że odsetek kobiet cierpiących na PPD może być wyższy niż ten wynikający z badań. Pomimo rosnącej świadomości społeczeństwa na temat chorób psychicznych depresja często nie jest diagnozowana, a objawy chorobowe bywają tłumaczone zmęczeniem czy zmianami hormonalnymi zachodzącymi w ciele kobiety. Zaburzenia psychiczne w okresie ciąży mogą być zdiagnozowane u kobiety po raz pierwszy w życiu, mogą też stanowić nawrót lub zaostrzenie wcześniej rozpoznanej choroby. Pogorszenie zdrowia psychicznego u ciężarnej i po porodzie stanowi istotny problem społeczny i znaczne zagrożenie dla zdrowia dziecka i matki[2,3]. Nieleczona depresja, zarówno podczas ciąży, jak i poporodowa, ma istotne konsekwencje zdrowotne. Naturalną konsekwencją prowadzonych w tej dziedzinie badań jest pytanie o wpływ zaburzeń psychicznych matki na stan zdrowia dziecka. W dostępnej literaturze jest niewiele prac oceniających zarówno stan zdrowia psychicznego, jak i fizycznego dzieci matek z depresją podczas ciąży i z depresją okołoporodową. Celem niniejszego artykułu jest przegląd literatury dotyczącej tego istotnego zagadnienia.

ZABURZENIA PSYCHICZNE PODCZAS CIĄŻY

Na depresję w ciąży choruje około 18% kobiet[1]. W I trymestrze cierpi na nią 7,4% ciężarnych, w II i III trymestrze odsetek ten zwiększa się do 12,0–12,8%[4].

W badaniach stwierdzono, że okoliczności sprzyjające rozwojowi depresji podczas ciąży nie różnią się od tych, które występują u kobiet w dowolnym okresie życia. Do głównych czynników ryzyka należą: sytuacja społeczno-ekonomiczna, predyspozycje osobnicze, wcześniejsze zaburzenia zdrowia psychicznego i czynniki stresogenne. W przypadku tych ostatnich wyróżniane są konflikt z partnerem i problemy w pracy[5]. Wśród wskazanych przyczyn, oprócz tych tożsamych z dowolnym okresem życia, badacze wyróżniają jeden typowo związany z ciążą. Jest to stres spowodowany troską o stan zdrowia dziecka nienarodzonego. Szczególny wpływ na intensyfikację tego czynnika ma wcześniejsze urodzenie dziecka z wadą wrodzoną, co według prowadzonych badań zwiększa podatność kobiety na rozwój depresji podczas ciąży[5]. Istotna jest również osobowość matki i jej podejście do sytuacji stresowych. Neurotyzm czy występujące w przeszłości zaburzenia lękowe mogą mieć znaczenie w przypadku rozwoju depresji w ciąży. U kobiet cierpiących na zaburzenia psychiczne, w szczególności afektywne (choroba afektywna dwubiegunowa, depresja), zaprzestanie przyjmowania leków podczas ciąży może nasilić objawy depresyjne[6].

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, że opieka zdrowotna osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w Polsce zapewniona jest przez organy administracji rządowej i samorządowej[7]. Odbywa się ona za sprawą wyznaczonych do tego celu instytucji. Problem jednak stanowi dostępność lekarzy psychiatrów. W Unii Europejskiej na 100 tys. mieszkańców przypada 7–27 lekarzy psychiatrów. W Polsce wskaźnik ten wynosi 9,02 i plasuje Polskę na 26. pozycji spośród 27 państw Unii Europejskiej objętej zestawieniem. W 2018 roku w Polsce liczba lekarzy psychiatrów wyniosła 4159, natomiast psychiatrów dzieci i młodzieży – 416[8].

Depresja nie jest chorobą jednorodną, co często utrudnia jej rozpoznanie, ustalenie przyczyn i terapię. Do jej charakterystycznych objawów zalicza się obniżenia nastroju, samooceny, wiary w siebie, pesymistyczne widzenie przyszłości, poczucie winy i bezwartościowości. Pojawiają się utrata zainteresowań i anhedonia, wzmożona męczliwość oraz obniżony napęd psychoruchowy. Zauważalne jest osłabienie koncentracji i uwagi, zaburzenie rytmów okołodobowych, zmiany łaknienia (zmniejszone bądź zwiększone), wzrost złego samopoczucia w godzinach porannych. Objawy te zwykle utrzymują się przez 2 tygodnie i nie zależą od wydarzeń zewnętrznych (International Classification of Diseases, ICD-10 – F32 i F34.1)[9]. U ciężarnych narastają obawy o donoszenie ciąży oraz lęk o zdrowie dziecka i własne. Ponadto mogą wystąpić nadwrażliwość na dźwięki lub zapachy i wzmożona reaktywność emocjonalna[10]. W ramach diagnostyki do oceny poziomu depresji używane są różne skale. Testem przesiewowym jest Skala Depresji Becka[11]. Testami swoistymi dla depresji okołoporodowej są Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)[12], kwestionariusz CES-D (Centre for Epidemiological Studies – Depression scale)[13] i Test Dziewięciu Pytań (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)[14].

Do konsekwencji nieleczonej depresji podczas ciąży zaliczyć można ograniczenie dbania o siebie, stosowanie używek, mniej efektywną współpracę z personelem medycznym i powikłania okołoporodowe (poród przedwczesny, mniejsza waga urodzeniowa dziecka, obniżona punktacja w skali Apgar)[10,15].

ZABURZENIA PSYCHICZNE W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

W literaturze poświęconej problematyce zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym najczęściej wymieniane są trzy typy zaburzeń: przygnębienie poporodowe, PPD i psychoza poporodowa.

Przygnębienie poporodowe (*postpartum blues*) lub tzw. *baby blues* dotyczy 25–85% kobiet, występuje najczęściej w 3.–5. dniu po porodzie i nie powinno trwać dłużej niż 2 tygodnie od porodu. Charakteryzuje się obniżeniem nastoju, nadmiernym zmęczeniem, poczuciem bezradności. W tym czasie mogą wystąpić trudności w opiece nad dzieckiem. Często nastrój zmienia się wraz z kolejnymi fazami

DOI: 10.15557/PiMR.2024.0005

laktacji i tzw. nawałem mlecznym. Kobieta w tym okresie potrzebuje szczególnego wsparcia i wnikliwej obserwacji, czy stan przygnębienia się nie przedłuża[16].

PPD jest jednym z najpoważniejszych problemów, jakie mogą pojawić się u kobiety w połogu. Dotyczy według różnych źródeł 10–20% kobiet[16,17]. Definiuje się ją jako epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, który według DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – rozpoczyna się w ciągu 4, a wg ICD-10 – 6 tygodni po porodzie[9,18]. Objawy PPD są takie same jak depresji w innym okresie życia: obniżenie nastroju, anhedonia, utrata zainteresowań, zaburzenia snu i łaknienia, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia napędu psychoruchowego, męczliwość, poczucie winy, myśli samobójcze. Istnieją również objawy charakterystyczne tylko dla PPD: poczucie przeciążenia i niemożności sprostania obowiązkom, natrętne myśli i lęki związane ze zdrowiem dziecka, jego stanem odżywienia lub dotyczące skrzywdzenia siebie bądź dziecka, płaczliwość, poczucie braku nadziei, znaczny poziom lęku, unikanie kontaktów społecznych i trudności w okazywaniu pozytywnych emocji osobom bliskim[19]. Nieland i Roger zwrócili uwagę, że dodatkowe objawy PPD układają się w triadę obejmującą niską samoocenę, poczucie silnego napięcia oraz hipochondrię. Nawet u 20% kobiet z PPD występują myśli samobójcze[20].

Etiologia PPD jest złożona i wieloczynnikowa. Europejskie i amerykańskie badania z ostatnich 20 lat wskazują na cztery główne grupy czynników ryzyka: zmienne demograficzne, czynniki ginekologiczno-położnicze, czynniki biologiczne oraz czynniki o charakterze psychologiczno-społecznym[21].

Leczeniem z wyboru PPD jest psychoterapia i/lub farmakoterapia. U kobiet z PPD o łagodnym lub umiarkowanym stopniu nasilenia leczeniem z wyboru jest psychoterapia. Wyniki badań wskazują, że dobre efekty przynosi stosowanie zarówno ustrukturyzowanych form psychoterapii (terapii poznawczo-behawioralnej lub psychoterapii interpersonalnej), jak i nieswoistych interwencji wspierających[22].

Najcięższym z zaburzeń występujących po porodzie jest **psychoza poporodowa**, która może dotknąć 0,1–0,2% kobiet. Pierwsze objawy mogą wystąpić już w 3. dobie po porodzie, a ich zaostrzenie najczęściej występuje w 3. miesiącu po porodzie. Do zaburzeń psychotycznych występujących w psychozie poporodowej zalicza się ostre zaburzenia psychotyczne, schizofrenię i ostre zaburzenia maniakalno-depresyjne[16].

Najpoważniejsze powikłanie depresji stanowią samobójstwa, które należą do głównych przyczyn zgonów kobiet w okresie okołoporodowym – są one przyczyną aż 20% zgonów poporodowych[23].

EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PODCZAS CIĄŻY I PO PORODZIE

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) na świecie około 10% ciężarnych oraz 13% kobiet w okresie połogu doświadcza zaburzeń psychicznych, głównie depresji. W krajach rozwijających się problem zaburzeń psychicznych dotyczy 15,6% ciężarnych i 19,8% kobiet po porodzie[24].

W Polsce na podstawie badań ankietowych można oszacować, że problem PPD dotyczy 10–30% kobiet. W 2018 roku odnotowano 388 tys. urodzeń żywych, a PPD dotyczyła około 50 tys. kobiet. W naszym kraju brakuje jednak dobrych badań epidemiologicznych, dlatego też nie można rzetelnie oszacować epidemiologii tych zaburzeń. Mapy potrzeb zdrowotnych w Polsce nie odnoszą się do PPD, nie są również prowadzone rejestry, które odnosiłyby się do zaburzeń psychicznych podczas ciąży i po porodzie[25].

WPŁYW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PODCZAS CIĄŻY NA STAN ZDROWIA MATKI

Depresja podczas ciąży dwukrotnie zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu, stanu przedrzucawkowego i zachorowania na cukrzycę[26–29].

Metaanaliza dotycząca wpływu depresji podczas ciąży na ryzyko porodu przedwczesnego, opóźnienia wzrastania płodu (*intrauterine growth restriction*, IUGR) i niskiej masy urodzeniowej (*low birth weight*, LBW), przeprowadzona na podstawie wyników z 29 krajów dowodzi, że ciężarne z depresją obarczone są istotnie większym ryzykiem porodu przedwczesnego i urodzenia dziecka z LBW. Wysunięto podejrzenie, że przyczyną takiego zjawiska jest stres w ciąży, który może powodować dysregulacje hormonalne w osi podwzgórze–przysadka–kora nadnerczy, stymulując uwalnianie hormonów stresu, takich jak kortyzol i katecholaminy. Wyższe stężenie tych hormonów może prowadzić do hipoperfuzji łożyska, a co za tym idzie – do niedostatecznego przepływu tlenu i składników odżywczych do płodu, skutkującym IUGR i LBW. Kolejną teorią, która mogłaby tłumaczyć tę zależność, jest to, że depresja u ciężarnej może upośledzać układ odpornościowy. W takiej sytuacji łatwiej dochodzi do zakażeń, które przyczyniają się do przedwczesnego porodu. Dodatkowo depresja często związana jest z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, niedostatecznym dbaniem o swoje zdrowie i dietę, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich – to wszystko niekorzystnie wpływa na przebieg ciąży i może prowadzić do porodu przedwczesnego czy IUGR[26].

Depresja jest znanym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Wiele badań sugeruje zwiększone ryzyko stanu przedrzucawkowego u ciężarnych z depresją[27]. Prospektywne badanie przeprowadzone w grupie 623 kobiet w ciąży wykazało zwiększone ryzyko stanu przedrzucawkowego u kobiet z depresją. Ryzyko to jest jeszcze wyższe w przypadku współwystępowania depresji i bakteryjnego zapalenia pochwy[28].

Kolejnym niekorzystnym zjawiskiem zdrowotnym u ciężarnych z depresją jest rozwój cukrzycy. Statystycznie na cukrzycę w czasie ciąży choruje 9% kobiet. Przeprowadzona metaanaliza (n = 51 297) wykazała istotną zależność między

DOI: 10.15557/PiMR.2024.0005

wystąpieniem u ciężarnej cukrzycy a rozwojem u niej depresji, w tym także poporodowej[29].

WPŁYW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W CIĄŻY I W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM NA STAN ZDROWIA DZIECKA

Depresja okołoporodowa wpływa długoterminowo na rozwój emocjonalny i społeczny dziecka[30,31]. PPD może prowadzić do zaburzonej więzi matki z dzieckiem. Zaniedbywanie, krzywdzenie i zaburzenie więzi w tej decydującej, formatywnej fazie rozwoju mózgu mogą prowadzić do trwałych, utrzymujących się przez całe życie negatywnych skutków[32]. Z drugiej strony wrażliwa, troskliwa opieka oraz zdrowe, stymulujące środowisko mogą zapewnić podstawy dobrostanu fizycznego i emocjonalnego dzieci, a także rozwoju umiejętności niezbędnych do odnoszenia sukcesów w szkole oraz późniejszym życiu. Badania sugerują, że zaburzona więź matki z dzieckiem może prowadzić do problemów behawioralnych w późniejszym okresie dzieciństwa[33,34].

Przeprowadzona metaanaliza potwierdza istotny związek między depresją a poczuciem braku bezpieczeństwa u dziecka. Dzieci matek z depresją cechowały się o 20% wyższym poziomem poczucia braku bezpieczeństwa od dzieci matek zdrowych. Postulowany jest wpływ zaburzeń psychicznych matki na zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u dziecka. Dane epidemiologiczne, dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży w Polsce, są bardzo niepokojące. W populacji dzieci 7–17 lat zaburzenia internalizacyjne (lęki, fobie) dotyczą 7,3% osób, zaburzenia afektywne (depresja, mania) – 1,7%, a zaburzenia eksternalizacyjne (zaburzenia zachowania, obsesyjno-kompulsyjne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) – 4%. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych obserwowane są u 4,2% dzieci. Tendencje samobójcze kiedykolwiek w życiu przejawiało 5,7% badanych młodych osób w wieku 12–17 lat[35].

Badania populacyjne Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC), przeprowadzone w grupie 9848 dzieci, wykazały, że trwałe i negatywne konsekwencje matczynej PPD widoczne są u potomstwa nawet w 18. roku życia[36]. Szczególnie wrażliwa grupa to dzieci, których matki chorowały na depresję między 2. a 8. miesiącem po porodzie. Dzieci te czterokrotnie częściej miały problemy z zachowaniem, obserwowano u nich dwukrotnie wyższe ryzyko trudności w nauce matematyki i siedmiokrotnie wyższe ryzyko depresji w 18. roku życia.

W dużym, kohortowym badaniu Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) udowodniono, że depresja matki powodowała zachowania destrukcyjne i zaburzenia lękowe u dziecka[37].

Hirshfeld-Becker i wsp. wykazali, że nie tylko depresja, ale również zaburzenia lękowe u rodziców istotnie wpływają na stan zdrowia ich dzieci[38]. W prospektywnym badaniu, trwającym 10 lat i obejmującym 291 dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi (lękowymi i depresyjnymi), wykazano, że obydwie jednostki chorobowe predysponują do rozwoju chorób psychicznych u dzieci. Zaburzenia lękowe u rodziców związane były z podwyższonym ryzykiem agorafobii, lęku napadowego, fobii społecznej oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u ich dzieci. Z kolei depresja związana była z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi i zaburzeniami zachowania.

Najnowsze doniesienia z dużego badania retrospektywnego (n = 168 528), obejmującego populację 14-letnich dzieci matek hospitalizowanych w okresie okołoporodowym w szpitalu psychiatrycznym, wskazują, że matczyne zaburzenia psychiczne mają związek z osiąganiem słabszych wyników w nauce u potomstwa[39].

Jak wynika z przytoczonych badań, wpływ zaburzeń psychicznych matki na rozwój poznawczy, behawioralny i emocjonalny dziecka jest znaczny. Jednym ze skutków depresji w ciąży mogą być zaburzenia neurorozwojowe obserwowane u dziecka. Badanie przeprowadzone z udziałem 3379 matek i niemowląt potwierdziło, że objawy depresji, nasilonego lęku i stresu u kobiety w czasie ciąży związane są z możliwymi zaburzeniami neurorozwojowymi u dziecka.

Najnowsze wyniki badań sugerują, że depresja w okresie okołoporodowym u matki może wpływać na rozwój chorób nie tylko psychicznych, ale również somatycznych.

Wyniki badania zaprojektowanego przez Wan i wsp., którymi objęto 328 dzieci w wieku 2–12 lat[40], wskazują, że zaburzenia depresyjne i lękowe u kobiet w okresie poporodowym istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia choroby alergicznej u ich dzieci. Zaburzenia psychiczne matki stwierdzane były na podstawie diagnozy klinicznej i/lub zalecenia leków. Zaobserwowano, że dzieci matek z zaburzeniami psychicznymi w okresie poporodowym cechowały się 5-krotnie wyższym ryzykiem atopii. Podobne obserwacje poczynili Wang i wsp. na podstawie 3-letniej obserwacji kohorty urodzeniowej (n = 24 200)[41]. W zaprojektowanym przez Elberta i wsp. kohortowym badaniu, obejmującym 10-letnią obserwację, wykazano wpływ zaburzeń psychicznych u matki (depresyjnych i lękowych) na rozwój chorób alergicznych, ale jedynie gdy zaburzenia te były stwierdzane w okresie prenatalnym. Nie obserwowano podobnych zależności wśród dzieci kobiet z PPD[42].

Rusconi i wsp. w badaniu obejmującym 2314 dzieci zaobserwowali zwiększone ryzyko nawracających infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych u potomstwa matek z zaburzeniami psychicznymi[43].

Hernandez-Reif i wsp. zaobserwowali zależność pomiędzy występowanie depresji u kobiet w ciąży a stanem zdrowia noworodka po urodzeniu, statystycznie częściej występowały zaburzenia adaptacyjne takie jak tachykardia i zaburzenia hormonalne pod postacią hiperkortyzolemii[44].

W tab. 1 przedstawiono badania kliniczne dotyczące wpływu zaburzeń psychicznych w okresie ciąży i poporodowym na stan zdrowia dziecka.

DOI: 10.15557/PiMR.2024.0005

Nr	Autor (rok)	Tytuł	Rodzaj badania	Grupa badana	Wyniki
1.	Grote *et al.* (2010)	A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction	Metaanaliza, badania prospektywne	46 224	Depresja podczas ciąży związana jest ze zwiększonym ryzykiem porodu przedwczesnego i niską masą urodzeniową
2.	Zhang *et al.* (2023)	The impact of maternal depression, anxiety, and stress on early neurodevelopment in boys and girls	Badanie prospektywne, kohortowe	3379	Depresja podczas ciąży negatywnie wpływa na rozwój neurologiczny niemowląt
3.	Kurki *et al.* (2000)	Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia	Badanie prospektywne	623	U kobiet z depresją wzrasta ryzyko stanu przedrzucawkowego
4.	Kozhimannil *et al.* (2009)	Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers	Badanie prospektywne, kohortowe	51 297	U matek o niskich dochodach cukrzyca przedciążowa i ciążowa jest powiązana z depresją poporodową
5.	Netsi *et al.* (2018)	Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes	Badanie prospektywne	9848	Depresja poporodowa u matki wpływa długoterminowo na rozwój emocjonalny i społeczny dziecka. Trwałe i negatywne konsekwencje matczynej depresji poporodowej widoczne są u dzieci nawet w 18. roku życia
6.	Pilowsky *et al.* (2006)	STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression)	Badanie prospektywne, kohortowe	4041	Depresja u matki związana jest z podwyższonym ryzykiem zachowań destrukcyjnych i zaburzeń lękowych u dziecka
7.	Elbert *et al.* (2017)	Maternal psychiatric symptoms during pregnancy and risk of childhood atopic diseases	Badanie prospektywne, kohortowe	5205	Objawy psychiczne w czasie ciąży u matki związane są ze zwiększonym ryzykiem alergii wziewnej i egzemy u jej dzieci
8.	Hirshfeld-Becker *et al.* (2012)	Psychopathology in adolescent offspring of parents with panic disorder, major depression, or both: a 10-year follow-up	Badanie prospektywne	291	Rodzicielskie zaburzenia lękowe związane są z podwyższonym ryzykiem agorafobii, lęku napadowego, fobii społecznej oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u dzieci. Depresja z kolei związana jest z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi i zaburzeniami zachowania
9.	Ayano *et al.* (2023)	Academic performance in adolescent offspring of mothers with prenatal and perinatal psychiatric hospitalizations: a register-based, data linkage, cohort study	Badanie retrospektywe, kohortowe	168 528	Zaburzenia psychiczne u matek mają związek z osiąganiem słabszych wyników w nauce przez ich dzieci
10.	Wan *et al.* (2021)	Childhood allergies: the role of maternal depression and anxiety, and family strain Children (Basel).	Badanie prospektywne	328	Zaburzenia depresyjne i lękowe u kobiet w okresie poporodowym istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia choroby alergicznej u ich dzieci
11.	Wang *et al.* (2016)	Maternal psychologic problems increased the risk of childhood atopic dermatitis	Badanie prospektywne, kohortowe	24 200	Zwiększone ryzyko wystąpienia atopowego zapalenia skóry u dzieci matek z depresją poporodową
12.	Rusconi *et al.* (2019)	Perinatal maternal mental health is associated with both infections and wheezing in early childhood	Badanie prospektywne, kohortowe	2314	Zwiększone ryzyko nawracających infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych u dzieci matek z zaburzeniami psychicznymi
13.	Brennan *et al.* (2000)	Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5	Badanie prospektywne	4953	Objawy depresji u matki związane są z większą liczbą problemów z zachowaniem dzieci i niższymi wynikami w zakresie słownictwa u dzieci

Tab. 1. Badania dotyczące wpływu depresji podczas ciąży i w okresie okołoporodowym na stan zdrowia dziecka

WPŁYW DEPRESJI NA LAKTACJĘ

Metaanaliza przeprowadzona wśród 71 245 uczestników z 19 państw dowodzi, że PPD wpływa na czas karmienia piersią, nie ma natomiast znaczenia dla decyzji o rozpoczęciu karmienia piersią. W momencie wystąpienia objawów PPD pojawiają się decyzje dotyczące zaprzestania karmienia piersią, jednocześnie wczesne zakończenie karmienia piersią i negatywne doświadczenia związane z tym karmieniem mogą wpływać na rozwój PPD. Należy zauważyć, że nie tylko PPD, ale także depresja podczas ciąży może skracać okres karmienia naturalnego. Wysnuto wniosek, że karmienie piersią może być istotnym czynnikiem moderującym wystąpienie, nasilenie lub zmniejszenie się objawów PPD. Zwiększony poziom lęku u matek może powodować trudności w karmieniu i doprowadzić do krótszego czasu karmienia piersią[45].

Trudności z karmieniem niemowląt i dzieci mogą wtórnie zwiększać niepokój i stres matki z depresją. Metaanaliza 13 badań obserwacyjnych wykazała, że depresja matki istotnie wpływa na mniejsze zaangażowanie w zabawę z dziećmi, matki częściej prezentują też negatywne nastawienie do karmienia. U tych kobiet wykazano wyższy poziom negatywnych zachowań, takich jak brak cierpliwości,

drażliwość, stosowanie kar cielesnych i rzadsze korzystanie z opieki zdrowotnej. Zaobserwowano także, że kobiety z depresją rzadziej dbają o bezpieczeństwo swoje i innych domowników.

Nasilone objawy depresji u matki skutkują poczuciem beznadziejności i bezradności, co w konsekwencji prowadzi do mniejszego zaangażowania w opiekę nad dzieckiem i karmienie piersią[46].

Niemowlęta depresyjnych kobiet mają istotnie mniej kontaktu fizycznego z matkami, spędzają więcej czasu na dotykaniu swojej skóry, co może kompensować brak czułego dotyku ze strony matek[47].

BEHAWIORALNY SYSTEM PRZYWIĄZANIA I SIŁA WIĘZI

Więź niemowlęcia z matką już od pierwszych chwil jego życia ma ogromne znaczenie dla kształtowania się jego rozwoju emocjonalnego i społecznego. Bowlby uznał, że w obrębie psychiki istnieje odpowiedzialny za relacje tzw. behawioralny system przywiązania[48]. Ma on znaczenie dla poszukiwania opieki – z poziomu dziecka oraz dawania opieki – z poziomu matki. Przywiązanie ma charakter motywacyjny, skłania niemowlę do poszukiwania bliskości fizycznej szczególnie w sytuacji zagrożenia: głodu, niepewności, lęku. Odpowiedź, jaką otrzyma od matki, to początek budowania wspólnej relacji. Powstająca więź wytwarza u dziecka reprezentację umysłową siebie i opiekuna, a za nią podążają dalsze przekonania i oczekiwania. Na podstawie doświadczeń w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa dziecko buduje wewnętrzny model roboczy relacji z innymi, z którego korzysta w późniejszym wieku[49]. Według Fonagy'ego i Adshead na bazie reakcji najbliższego opiekuna kształtuje się zdolność do mentalizacji. To dzięki niej człowiek potrafi regulować własne emocje, utrzymuje stabilny obraz własnej osoby i wreszcie potrafi funkcjonować w świecie społecznym, rozumiejąc przy tym zachowania i potrzeby innych[50]. Strategie regulacji emocji oparte na bezpiecznym przywiązaniu ułatwiają zrozumienie siebie i innych oraz wchodzenie w adaptacyjne interakcje[51]. Warunkiem podstawowym budowania bezpiecznej więzi jest tzw. dostępność figury przywiązania. Stąd niezwykle istotna jest responsywność i dostrojenie do potrzeb niemowlęcia poprzez ich dostrzeganie, właściwe odczytanie i zaspokajanie. W przypadku matek cierpiących na zaburzenia psychiczne proces ten może zostać zachwiany, co może wpływać na dalszy rozwój dziecka oraz jego funkcjonowanie w przyszłości. Tyczy się to zarówno okresu dziecięcego, radzenia sobie w warunkach przedszkolnych i szkolnych, jak i dorosłości. Warfa i wsp., badając związek pomiędzy PPD a stylem przywiązania matki, sformułowali określenie międzypokoleniowego czynnika ryzyka PPD, zwracając uwagę na jego istotną rolę w badaniach przesiewowych przyszłych matek[52]. W tym kontekście niezwykle ważne wydaje się badanie Zhang i wsp., które określa wpływ depresji u ciężarnej na późniejszy rozwój neurologiczny jej dziecka. Naukowcy wykazali, że depresja podczas ciąży może prowadzić do nieoptymalnego rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych, motorycznych i poznawczych w pierwszych dwóch latach życia dziecka[53].

PODSUMOWANIE

Zaprezentowana literatura tematu wskazuje, że zdrowie psychiczne matki podczas ciąży i w okresie poporodowym ma ogromny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka. Objawy choroby psychicznej u matki i budują negatywne warunki rozwoju dla jej potomstwa. Implikują również określone relacje społeczne, mające wpływ na funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie. PPD jest istotnym problemem dotyczącym zdrowia publicznego i społecznego, gdyż nieleczona depresja ma istotne znaczenia dla zdrowia zarówno matki, jak i dziecka.

Biorąc pod uwagę wyniki badań naukowych i dane epidemiologiczne, oczywiste wydaje się to, że ochrona zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i po porodzie oraz dzieci powinna być wieloaspektowa i wielotorowa. Nie należy sprowadzać jej jedynie do działań lekarzy psychiatrów, istotna jest również profilaktyka zaburzeń zdrowia psychicznego. Dbając o zdrowie psychiczne kobiety w ciąży i po porodzie, dbamy o zdrowie psychiczne i somatyczne dzieci.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: AJ, AT. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: AJ, AT, JK. Analiza i interpretacja danych: AJ, AT, JK. Napisanie artykułu: AJ, AT, JK. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: AR, BK. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: AR, BK.

Piśmiennictwo

1. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN et al.: Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005; 106: 1071–1083.
2. Stocky A, Lynch J: Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14: 73–87.
3. Chrzan-Dętkoś M, Kalita L: Rola wczesnej interwencji psychologicznej w profilaktyce i terapii depresji poporodowej. Psychoterapia 2019; 188 (1): 47–61.
4. Howdeshell KL, Ornoy A: Depression and its treatment during pregnancy: overview and highlights. Birth Defects Res 2017; 109: 877–878.
5. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M et al.: Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. PLoS One 2010; 5: e12942.
6. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL et al.: Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA 2006; 295: 499–507.

7. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2022 poz. 2123).
8. Kancelaria Senatu: Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne, OT-674. Kancelaria Senatu, Warszawa 2019.
9. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th ed., 2016. Available from: https://icd.who.int/browse10/2016/en.
10. Koszewska I: O depresji w ciąży i po porodzie. Przyczyny, objawy, leczenie, zapobieganie. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al.: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782–786.
13. Jankowski KS: Morningness-eveningness and depressive symptoms: test on the components level with CES-D in Polish students. J Affect Disord 2016; 196: 47–53.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606–613.
15. Kloos AL, Dubin-Rhodin A, Sackett JC et al.: The impact of mood disorders and their treatment on the pregnant woman, the fetus, and the infant. Curr Psychiatry Rep 2010; 12: 96–103.
16. Żurawicka D, Łuczak I, Wojtal M et al.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Vol 7, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2019: 197–205.
17. Makara-Studzińska M: Problemy psychologiczne okresu ciąży. In: Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G (eds.): Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 206–211.
18. American Psychiatric Association: Anxiety disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., 2013.
19. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D: Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. Neuropsychiatr Neuropsychol 2012; 7: 113–121.
20. Nieland MNS, Roger D: Symptoms in post-partum and non-post-partum samples: implications for postnatal depression. J Reprod Infant Psychol 1997; 15: 31–42.
21. Wasilewska-Pordes M: Depresja porodowa. Wydawnictwo Radamsa, Kraków 2000.
22. Dennis CL, McQueen K: The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics 2009; 123: e736–e751.
23. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L: Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Womens Ment Health 2005; 8: 77–87.
24. World Health Organization: Maternal mental health. Available from: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health.
25. Rekomendacja nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej. Available from: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/13_2020.pdf.
26. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR et al.: A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 1012–1024.
27. Wallis AB, Saftlas AF: Is there a relationship between prenatal depression and preeclampsia? Am J Hypertens 2009; 22: 345–346.
28. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R et al.: Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000; 95: 487–490.
29. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL: Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. JAMA 2009; 301: 842–847.
30. Brummelte S, Galea LAM: Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Horm Behav 2016; 77: 153–166.
31. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K et al.: The effect of maternal depression on infant attachment: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 2675.
32. Howard LM, Piot P, Stein A: No health without perinatal mental health. Lancet 2014; 384: 1723–1724.
33. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ et al.: Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. Dev Psychol 2000; 36: 759–766.
34. Trapolini T, McMahon CA, Ungerer JA: The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. Child Care Health Dev 2007; 33: 794–803.
35. EZOP II. Available from: https://ezop.edu.pl [cited: 22 August 2023].
36. Netsi E, Pearson RM, Murray L et al.: Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. JAMA Psychiatry 2018; 75: 247–253.
37. Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Rush AJ et al.: Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. J Clin Psychiatry 2006; 67: 126–136.
38. Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Henin A et al.: Psychopathology in adolescent offspring of parents with panic disorder, major depression, or both: a 10-year follow-up. Am J Psychiatry 2012; 169: 1175–1184.
39. Ayano G, Betts K, Dachew BA et al.: Academic performance in adolescent offspring of mothers with prenatal and perinatal psychiatric hospitalizations: a register-based, data linkage, cohort study. Psychiatry Res 2023; 319: 114946.
40. Wan MW, Janta-Lipinski M, Osam CS: Childhood allergies: the role of maternal depression and anxiety, and family strain. Children (Basel) 2021; 8: 185.
41. Wang IJ, Wen HJ, Chiang TL et al.: Maternal psychologic problems increased the risk of childhood atopic dermatitis. Pediatr Allergy Immunol 2016; 27: 169–176.
42. Elbert NJ, Duijts L, den Dekker HT et al.: Maternal psychiatric symptoms during pregnancy and risk of childhood atopic diseases. Clin Exp Allergy 2017; 47: 509–519.
43. Rusconi F, Gagliardi L, Gori E et al.: Perinatal maternal mental health is associated with both infections and wheezing in early childhood. Pediatr Allergy Immunol 2019; 30: 732–738.
44. Hernandez-Reif M, Field T, Diego M et al.: Depressed mothers' newborns show longer habituation and fail to show face/voice preference. Infant Ment Health J 2002; 23: 643–653.
45. Dias CC, Figueiredo B: Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. J Affect Disord 2015; 171: 142–154.
46. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM et al.: Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160: 279–284.
47. Herrera E, Reissland N, Shepherd J: Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. J Affect Disord 2004; 81: 29–39.
48. Bowlby J: Przywiązanie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
49. Ainsworth MS, Bowlby J: An ethological approach to personality development. Am Psychol 1991; 46: 333–341.
50. Fonagy P, Adshead G: W jaki sposób mentalizacja zmienia umysł. Psychiatria po Dyplomie 2013; 10: 31–39.
51. Mikulincer M, Shaver PR: Mental representations of attachment security: theoretical foundation for a positive social psychology. In: Baldwin MW (ed.): Interpersonal Cognition. Guilford Press, New York 2005: 233–266.
52. Warfa N, Harper M, Nicolais G et al.: Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: a systematic review. BMC Psychol 2014; 2: 56.
53. Zhang T, Luo ZC, Ji Y et al.; Shanghai Birth Cohort: The impact of maternal depression, anxiety, and stress on early neurodevelopment in boys and girls. J Affect Disord 2023; 321: 74–82.

DOI: 10.15557/PiMR.2024.0005