Dla kobiety z depresją poporodową karmienie piersią też jest lekiem

przedruk: http://www.mp.pl/pediatria/wywiady/167754,dla-kobiety-z-depresja-poporodowa-karmienie-piersia-tez-jest-lekiem

Wywiad przeprowadziła: Agnieszka Krupa

Dysponujemy lekami przeciwdepresyjnymi, które dopuszczają kontynuowanie karmienia piersią. Lekarz, który nakazuje przerwanie karmienia piersią, pozbawia kobietę najważniejszego zadania, jakie wypełnia w roli matki i pogłębia jej poczucie porażki.



Dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka. Fot. Jacek Łagowski / Agencja Gazeta

dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka – psychiatra, ordynator Oddziału

Zapobiegania Nawrotom I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Przewodnicząca Filii Warszawskiej Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jedna z założycieli Fundacji „eF kropka" przeciwdziałającej dyskryminacji chorych psychicznie. Pracuje w Pracowni Terapii i Rozwoju w Warszawie. Ma za sobą kilka lat współpracy z Fundacją „Rodzić po Ludzku" w Poradni „Początek dla kobiet w ciąży i matek małych dzieci". Nadal leczy pacjentki z okołoporodowymi zaburzeniami psychicznymi.

Agnieszka Krupa: Czym jest depresja poporodowa?

Dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka: Zaburzeniem psychicznym, na które cierpi około 20% kobiet, które urodziły dziecko. Może być jednorazowym epizodem albo przejść następnie w stan przewlekły.

Czasem myli się ją z depresją okołoporodową, czyli nawrotem depresji u kobiet, które wcześniej na nią chorowały, a przypadającym na okres po urodzeniu dziecka. Jest też inny stan określany jako *baby blues*, który dotyczy 50–80% młodych matek. Są to wahania nastroju związane z okresem adaptacji do sytuacji, zmianami hormonalnymi, których w zasadzie się nie leczy, ale potrzebne jest wsparcie i pomoc otoczenia kobiety.

Tego stanu nie powinno się lekceważyć, bo kobiety, które przechodzą przez poporodowe zaburzenia depresyjne, w większości miały też *baby blues*. Może gdyby wcześniej otrzymały wsparcie, depresja by się nie rozwinęła albo przebiegała łagodniej.

Co ją powoduje?

Znaczenie ma splot różnych czynników: biologicznych (poród, połóg, utrata krwi, zmęczenie, gwałtowne zmiany hormonalne) oraz psychologicznych (stres i duża zmiana w życiu kobiety, niezależnie od tego, czy to pierwsze czy kolejne dziecko). Istnieją również powody psychospołeczne – związane z rolą

społeczną kobiety, relacjami w rodzinie wielopokoleniowej, relacją z własną matką (młoda kobieta zastanawia się, jak to było, kiedy jej matka ją rodziła). Dużo się dzieje także w rodzinie, pojawia się jej nowy członek i związana z tym inna odpowiedzialność. Co ciekawe, emigracja, która jest czynnikiem ryzyka w różnego typu zaburzeniach, ma tu szczególne znaczenie – ludzie nie mają swoich korzeni, wyjeżdżają za pracą, a rodzina, która mogłaby pomóc, zostaje daleko.

Bardzo istotne jest samo doświadczenie porodu i jego przebieg. Rzadko się zdarza, aby kobieta z depresją poporodową powiedziała, że ciąża i poród przebiegły bez zakłóceń. Stresujące wydarzenia, lęk, nerwy, problemy ze zdrowiem, traumatyczny poród – to wszystko ma wpływ na stan psychiczny kobiety.

Kobiety mówią o silnym lęku, zamartwiają się, że nie będą w stanie wykarmić dziecka, że dziecku coś się stanie. Czują się winne, że coś robią nie tak, a problemy z laktacją dodatkowo nasilają przygnębienie.
Czy można przewidzieć, które kobiety są zagrożone depresją poporodową i podjąć jakąś profilaktykę?

Czynniki ryzyka depresji poporodowej można podzielić na 3 grupy: psychiatryczne (np. depresja w rodzinie, przebyta depresja poporodowa – ryzyko nawrotu 35–50%, inne zespoły depresyjne – ryzyko 30–60%, stan euforyczny po porodzie – ryzyko rozwoju depresji 10%), związane z ciążą (niechciana ciąża, ciąża zagrożona, traumatyczne doświadczenia we wcześniejszych ciążach, ciężki lub urazowy poród) i psychospołeczne (trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży, samotne macierzyństwo, złe relacje z matką, problemy finansowe, złe relacje w rodzinie). Ginekolog i lekarz rodzinny, zbierając wywiad od ciężarnej, pytają o przebyte choroby i przebieg poprzednich ciąż, więc już na tym etapie mogą wyodrębnić kobiety z grupy ryzyka i baczniej je obserwować podczas ciąży oraz po porodzie, aby w porę podjąć interwencję i nie dopuścić do rozwijania się zaburzeń

psychicznych. Jednym ze skuteczniejszych działań profilaktycznych jest udział w zajęciach w dobrej szkole rodzenia, które uświadamiają kobietę i zmniejszają jej niepokój.

Czy kobiety same rozpoznają u siebie zaburzenia depresyjne i zgłaszają się po pomoc?

Świeżo upieczona mama rzadko dokona takiej autorefleksji, jest zbyt pochłonięta nową sytuacją. Na ogół depresję zauważają jej bliscy i znajomi, rzadziej lekarz lub położna. Nie od razu też uda się stwierdzić, że to depresja, bo lęk, niepokój czy ogólne rozstrojenie nerwowe są typowe dla tego okresu. Czujność otoczenia powinna się zwiększyć, jeśli lęk jest bardzo nasilony i nie mija. Są też bardziej oczywiste sytuacje – kiedy kobieta nie jest w stanie się zająć swoim dzieckiem, nie odpowiada na jego potrzeby, jest obojętna.

Kobiety mówią głównie o silnym lęku. Dotyczy on zwykle dziecka lub samej matki, która na przykład zamartwia się, że nie będzie w stanie wykarmić dziecka. Ten stan pogłębiają problemy z laktacją, obawa, że dziecku coś się stanie, że zachoruje; czasem lęk o małżeństwo i pracę. Kobiety czują się winne, że coś robią nie tak, czują potępienie ludzi, że źle sie zajmują własnym dzieckiem.

Macierzyństwo to ciężka praca – matka nie dosypia, jest zmęczona, dziecko pochłania jej siły. Zdrowa matka w kontakcie z dzieckiem odczuwa gratyfikację, przeżywa przyjemność przy karmieniu piersią, działają hormony, które pomagają wytrzymać obciążenia związane z opieką nad noworodkiem. Kobieta w depresji tej gratyfikacji nie ma, nie odczuwa radości i satysfakcji, opiekuje się dzieckiem automatycznie, z obowiązku i nie ma przyjemności z przytulenia ani uśmiechu malucha. To duże nieszczęście. Kobieta płacze, nie zajmuje się dzieckiem, wyraźnie się boi, jest spięta i przerażona. Jej stan bardzo wpływa na relację z dzieckiem, dlatego kobiet z depresją nie można pozostawiać bez pomocy.

Czy lekarze często kierują kobiety na konsultację psychiatryczną?

Najczęściej zgłaszają się bliscy kobiety, najrzadziej do psychiatry kierują inni lekarze. Zdarzało się, że neonatolodzy przysyłali do mnie pacjentki, ale to rzadkie przypadki. Świadczy to chyba o tym, że lekarze niepsychiatrzy rzadko podejrzewają depresję poporodową.

Jakie objawy u kobiety po porodzie powinny zaalarmować lekarza?

Najbardziej niepokojące są myśli o śmierci swojej lub dziecka, ponieważ mogą zostać zrealizowane. Bardzo pomocna w ocenie stanu pacjentki jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (www. depresja-poporodowa.pl/edynburska-skala-depresji-poporodowej.php). To bardzo prosta skala samooceny zawierająca 10 pytań na temat samopoczucia. Lekarz może przekazać kobiecie taką ankietę do wypełnienia choćby podczas oczekiwania na wizytę w poczekalni, wtedy nie musi przeprowadzać pogłębionego wywiadu, bo wynik testu sugeruje, czy pacjentkę należy skierować do psychiatry. Problem zaczyna się, kiedy kobieta zapyta: dokąd?

Niestety oferta ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej poza dużymi miastami wygląda kiepsko, choć istnieją rejonowe Poradnie Zdrowia Psychicznego. Ginekolog, położnik, pediatra czy lekarz POZ powinni wykonać pierwszy krok i nawiązać z nimi współpracę.

A co z myślami o zrobieniu dziecku krzywdy czy porzuceniu go?

Takie myśli, gdy się pojawiają – czasem nawet z wizualizacją – budzą w matce silne emocje, poczucie winy i lęku przed realizacją. Nie należy ich lekceważyć, jeśli kobieta mówi o tych myślach spontanicznie, a jeśli boi się je wypowiedzieć – trzeba zapytać. Rozmowa zwykle przynosi pacjentce ulgę. Często te myśli są obsesyjnym odreagowaniem zmęczenia i napięcia związanego z wczesnym macierzyństwem, występują nie

tylko u matek z depresją poporodową, mogą mieć charakter natręctwa w zaburzeniach lękowych lub obsesyjno-kompulsywnych.

Czy depresję poporodową zawsze się leczy farmakologicznie?

To zależy od nasilenia i rodzaju objawów. Zaburzenia psychiczne najlepiej leczyć terapią skojarzoną – ważne jest leczenie farmakologiczne, psychoterapia i edukacja. Jeśli stan kobiety istotnie utrudnia funkcjonowanie i zajmowanie się dzieckiem, wówczas psychiatra podejmuje decyzję o leczeniu farmakologicznym.

W sytuacji, kiedy leczenie jest bezwzględnie konieczne, bo istnieje zagrożenie życia, chora ma myśli lub tendencje samobójcze, psychiatra powinien rozważyć hospitalizację. W Polsce niestety nie ma miejsc, gdzie można hospitalizować matkę z dzieckiem, wiąże się to z separacją, a to jest kolejna trauma i dla matki, i dla dziecka.

Czy leczenie farmakologiczne jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią?

Nie, ponieważ aktualnie istnieją leki, które dopuszczają kontynuowanie karmienia dziecka piersią. Od 18 lat leczę farmakologicznie kobiety w trakcie laktacji i każdorazowo wspólnie z pacjentką podejmujemy świadomą decyzję o nieprzerywaniu karmienia piersią. Lata doświadczeń i kolejne publikacje naukowe potwierdzają, że jest to możliwe. Dzisiaj widzę, że coraz więcej lekarzy decyduje się na ten krok.

Jednym ze skuteczniejszych działań profilaktycznych jest udział w zajęciach w dobrej szkole rodzenia, które uświadamiają kobietę i zmniejszają jej niepokój.
Czym powinien się kierować lekarz przy doborze leku?

Nie ma klinicznych badań eksperymentalnych z randomizacją, ale są badania obserwacyjne w populacji kobiet, opisy serii przypadków i inne doniesienia naukowe. Dane te wykorzystano do stworzenia wykazów leków, które można podawać kobiecie podczas

karmienia piersią, a także kategorii ryzyka laktacyjnego według prof. Hale'a. Bardzo dobrą internetową bazą do szybkiej weryfikacji bezpieczeństwa leków przepisywanych kobiecie karmiącej piersią jest na przykład amerykański LactMed (www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm), stworzony przez National Library of Medicine.

Rodzice obawiają się, że leki zaszkodzą dziecku, dlatego trzeba z nimi dokładnie omówić ryzyko i ewentualne działania niepożądane. Kiedy to leczenie jest wskazane, ale nie bezwzględnie konieczne, pacjentki nie można do niczego zmuszać.

Myślę, że dla niektórych kobiet utrzymanie laktacji jest rzeczywiście ważne, ale niektóre z nich nie są gotowe na karmienie piersią. One, paradoksalnie, z ulgą przyjmują wiadomość, że przy lekach powinny przerwać karmienie. Pamiętajmy, aby zalecenia były zgodne z oczekiwaniami kobiet. Wtedy proces leczenia przebiega lepiej, a powrót do zdrowia jest znacznie szybszy.

Co jeśli kobieta za wszelką cenę chce karmić piersią, ale słyszy od lekarza, że musi je przerwać, bo przyjmuje leki?

To bardzo trudna sytuacja. Kobieta jest w kiepskiej kondycji – nie dość, że uważa się za złą matkę, to jeszcze nie może karmić swojego dziecka. To dla niej kolejna porażka, pogłębiająca jej przygnębienie. W takim przypadku radziłabym zasięgnąć alternatywnej opinii innego lekarza, ponieważ można dobrać leki bezpieczne podczas laktacji. Lekarz, który zaleca odstawienie dziecka od piersi, chyba nie zdaje sobie sprawy, że pozbawia kobietę najważniejszego zadania, jakie wypełnia w roli matki.

Istnieją sytuacje szczególne, jak psychoza, w których rzeczywiście należy przerwać karmienie piersią, bo matka staje się zagrożeniem dla życia dziecka i wymaga innych leków (przeciwpsychotycznych), ale to są wyjątki. Natomiast jeśli

leczy się depresję u kobiet w ciąży, dobrze wybierać lek, który będzie można utrzymać po porodzie, aby młoda mama mogła karmić dziecko. Jest w czym wybierać, bo paleta skutecznych i bezpiecznych leków, które można łączyć z laktacją, bardzo się w ostatnich latach poszerzyła.

Które to leki?

Sięgamy po preparaty z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny. Ja najchętniej stosuję sertralinę – jest bezpieczna, zarejestrowana także dla dzieci i posiada odpowiednią klasyfikację FDA. Istnieje możliwość modyfikacji dawek. Lek działa również przeciwlękowo i przeciwobsesyjnie. Zdarzyło mi się leczyć sertraliną ciężkie zespoły obsesyjno-kompulsywne i zespoły natręctw, które uniemożliwiały matce opiekę nad dzieckiem.

Pediatra lub lekarz rodzinny powinni wiedzieć, do jakiej poradni zdrowia psychicznego kierować pacjentkę, jaki jest czas oczekiwania na konsultację.
Czy dla kobiet z depresją poporodową karmienie piersią jest rzeczywiście ważne?

Z mojego doświadczenia wynika, że jest bardzo istotne. Pacjentki, które nie mogą karmić, doświadczają nawrotów traumy, czują żal, że nie przeżyły tego ważnego czasu tak, jakby chciały, są bardziej podatne na epizody depresyjne, mają poczucie porażki.

To także najlepszy sposób budowania relacji między dzieckiem a matką. Bardzo istotnej relacji, która rzutuje na całe życie dziecka i jego funkcjonowanie w dorosłym życiu. Dziecko potrzebuje matki utrzymującej z nim kontakt.

Jakie błędy popełniają lekarze, którzy leczą takie pacjentki?

Mają tendencję do bagatelizowania potrzeby kobiet do utrzymania karmienia piersią. Należy sprawdzić, jak kobieta zdefiniuje konieczność przerwania laktacji – możliwe, że jako

kolejną porażkę. Nie powinno się naciskać na matkę, aby przerwała karmienie piersią. Trzeba poszukać leku, który nie wymaga rezygnacji z laktacji. Lekarz, który nie czuje się pewnie lub nie ma doświadczenia w postępowaniu w takich przypadkach, powinien skierować chorą do innego specjalisty.

Kolejny problem to niedocenienie psychoterapii. Kierujmy pacjentki na terapię – czasem same, a czasem na terapię rodzinną lub grupową. W Polsce niestety nie ma struktury opieki psychiatrycznej, która oferowałaby pomoc kobiecie w okresie okołoporodowym, obejmującą edukację i wsparcie medyczne. Trzeba wiele zachodu, aby znaleźć takich specjalistów. Czasami pozostają tylko odpłatne wizyty w prywatnej placówce. Środowisko psychiatryczne stara się wdrożyć Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i przeprowadzić reformę psychiatrii opartą na psychiatrii środowiskowej i uwzględniającą także pomoc kobietom. Takie systemowe zmiany w opiece psychiatrycznej umożliwiłyby organizację nielimitowanych wizyt domowych terapeutów nie tylko chorym psychicznie, ale także kobietom i ich rodzinom, które przeżywają kryzys związany z ciążą, porodem i połogiem.

Jak powinna wyglądać współpraca psychiatry z lekarzem rodzinnym i pediatrą w opiece nad matką z depresją poporodową i jej dzieckiem?

Pediatra lub lekarz rodzinny powinni wiedzieć, do jakiej poradni zdrowia psychicznego kierować pacjentkę i jaki jest czas oczekiwania na konsultację. Powinien istnieć jasno ustalony schemat postępowania, bo wszystkie elementy tej struktury (psychiatra, pielęgniarka patronażowa, pediatra) działają, ale odrębnie. Do tego dochodzi problem obciążenia pracą lekarzy POZ.

Lekarz POZ powinien nawiązać współpracę z rejonową Poradnią Zdrowia Psychicznego (PZP), do której będzie mógł kierować pacjentki. Ustalić tzw. szybką ścieżkę dla pacjentek wymagających bardzo pilnej konsultacji, bo na przykład matka

zagraża życiu swojemu lub zdrowiu swojego dziecka.

Czyli nie wygląda to różowo?

Bezpłatna pomoc dla kobiet z okołoporodowymi zaburzeniami psychicznymi dostępna jest w ramach projektów realizowanych przez zajmujące się tym organizacje pozarządowe lub w szpitalach położniczych zatrudniających psychologów (co niestety jest rzadkie). Brakuje rozwiązań systemowych na poziomie POZ, na przykład psychoterapeutów, którzy w ramach podstawowej opieki mogliby wspierać kobiety w tym okresie. Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na pewno poprawiłaby tę sytuację.

Rozmawiała Agnieszka Krupa