

Ryzyko zaburzeń lękowych u kobiet w pierwszym roku po porodzie – wyniki programu profilaktycznego depresji poporodowej „Przystanek MAMA”

The risk of anxiety disorders in women in the first year postpartum – the results from the postpartum depression prevention program “Next Stop: MUM”

Magdalena Chrzan-Dętkoś, Natalia Murawska

Uniwersytet Gdański

Summary

Aim. The purpose of the study was to examine the severity of anxiety symptoms and the co-occurrence of anxiety disorders and mood disorders in a group of women in the first year after childbirth participating in the program for the prevention of postpartum depression.

Material and methods. The study included 1,514 women who were screened by midwives during a patronage visit and were followed up, and 10,454 women who took part in an online screening conducted on the project website. The Edinburgh Postpartum Depression Scale was used for screening, including factor analysis to assess the anxiety subscale, and the GAD-2 questionnaire was used too.

Results. The risk of anxiety disorders was observed in 9.5% of women during the patronage visit and, depending on the survey method, 21.2% (ESDP 3 A) or 13.2% (GAD-2) in the follow-up study up to 9 months postpartum. In the online study, 62.8% of women obtained results indicating a high risk of anxiety disorders. For comparison, the result of 12 points and more indicating the risk of depression was obtained by 6.3% in the first month after childbirth and 14.3% in the follow-up study. The results show that anxiety disorders and mood disorders are significantly related ($r = 0.631$; $p < 0.01$).

Conclusions. The risk of having anxiety disorders after childbirth is higher or similar to that of mood disorders. It is warranted to extend screening to anxiety disorders and to develop a rapid pathway of early psychological/psychiatric intervention for women in need.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, depresja poporodowa, *Edynburska Skala Depresji Poporodowej*

Key words: anxiety disorders, postpartum depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale

Wprowadzenie

Narodziny dziecka są jednym z bardziej znaczących, ale zarazem najbardziej stresujących doświadczeń w dorosłym życiu. Ciąża i wczesne macierzyństwo to okres intensywnej neurobiologicznej i psychologicznej reorganizacji, kiedy przechodzi się z bycia jednostką do bycia w diadzie, a także z bycia dzieckiem do roli rodzica [1, 2]. Zmianom tym towarzyszą silne uczucia: od miłości, troski, zachwytu nad noworodkiem po przytłoczenie nowymi obowiązkami. Zwykle oznacza to deprywację snu, dochodzenie do siebie po porodzie oraz nową dynamikę w związku. Nawet gdy wszystko przebiega gładko i bez większych komplikacji, i tak nie sposób uniknąć stresu. Oczywiście po okresie destabilizacji dochodzi do nowej organizacji, jednak według badań, niezależnie od kultury, na tym etapie życia występuje podwyższone ryzyko doświadczania trudności psychicznych – depresja poporodowa dotyka około 12–20% kobiet [3, 4]. Mniej znanym, choć podobnie częstym problemem są zaburzenia lęku uogólnionego, na które w okresie okołoporodowym choruje około 13–16% kobiet [5, 6]. Ze względu na powszechność występowania obniżonego nastroju i stanów lękowych określenie, które objawy są konsekwencją zwyczajnego stresu związanego z nowymi obowiązkami i wyzwaniem, a kiedy wchodzi już w obszar zaburzeń psychicznych okresu okołoporodowego, może być dużym wyzwaniem. Podstawową trudność w diagnozie zespołu lęku uogólnionego w okresie poporodowym stanowi rozpoznanie, co jest jeszcze zwykłym zamartwianiem się młodej mamy, a co jest już patologicznym nasileniem objawów. Zarówno bagatelizowanie, jak i patologizowanie zwykłych doświadczeń może prowadzić do większego stresu i osamotnienia. Dlatego też rekomenduje się regularne prowadzenie badań przesiewowych z uwzględnieniem – oprócz narzędzi służących do badania nasilenia objawów depresyjnych – kwestionariusza oceniającego nasilenie lęku, co ułatwia identyfikację kobiet doświadczających jego klinicznego nasilenia [7–9].

Podobnie jak w wypadku zaleceń w standardzie opieki okołoporodowej [10] odnośnie do zaburzeń nastroju, znajomość czynników ryzyka zachorowania może pomóc personelowi medycznemu zidentyfikować kobiety w grupie ryzyka zaburzeń lękowych. Częste komunikowanie lęków dotyczących dobrostanu płodu i noworodka po porodzie, swojego zdrowia, ewentualnych chorób partnera oraz śmiertelności własnych rodziców [11] może być czynnikiem wskazującym na występowanie zaburzeń lękowych. Dodatkowo kobiety chorujące na zaburzenia lękowe doświadczają trudności w identyfikacji i opisanu swoich uczuć, obwiniają się i zaprzeczają rzeczywistości [12]. Furtado i wsp. [13] wykazali, że nietolerancja niepewności, nasilenie objawów depresji i zachowań obsesyjno-kompulsyjnych w ciąży prognozują istotne nasilenie objawów lękowych po porodzie. Czynnikiem ryzyka zachorowania na zaburzenia lękowe jest również stosunek do swojego ciała i zdrowia. Kobiety, które określają swoje zdrowie jako dobre, przeciętne lub słabe, są w grupie dwa razy większego ryzyka doświadczania zaburzeń lękowych w porównaniu z kobietami określającymi swoje zdrowie jako bardzo dobre lub wysmienite [2].

Wiedza personelu medycznego o dostępnych badaniach przesiewowych umożliwiających zidentyfikowanie młodych matek doświadczających podwyższonego

poziomu lęku, a także znajomość czynników ryzyka może ułatwić zaopiekowanie się potrzebującymi pomocy w tym zakresie pacjentkami i usprawnić proces udzielania im niezbędnego wsparcia. Tego rodzaju wiedza może też być szczególnie ważna w sytuacji, gdy personel medyczny chce zrozumieć, na ile zgłaszane przez pacjentkę objawy dotyczą sfery emocjonalnej, a na ile fizycznej. Przedstawienie przez personel oddziału położniczego niepewności jako „zwykłego” stanu młodej matki – który nie świadczy o niej źle, tylko jest naturalnym odczuciem związanym z nową rolą, opieką nad noworodkiem, poznawaniem jego temperamentu – może pomóc kobiecie radzić sobie z niepewnością po narodzinach dziecka. Natomiast zidentyfikowanie kobiet z podwyższonym lub klinicznym nasileniem lęku może umożliwić udzielenie adekwatnej pomocy specjalistycznej już na wczesnym etapie rozwoju choroby.

Biorąc pod uwagę, że zaburzenia lękowe i depresyjne często współwystępują, wielu klinicystów używa terminu „okołoporodowe zaburzenia nastroju i lękowe” i zalicza do nich objawy depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsyjne i stresu pourazowego [15]. Choć dużo się mówi o zjawisku depresji poporodowej, wciąż 85% kobiet nie otrzymuje leczenia [16]. Jeśli chodzi o zaburzenia nastroju, odsetek postawionych diagnoz i terapii jest w grupie ciężarnych kobiet i młodych matek niższy niż w populacji: 14% vs. 26% [17]. W wypadku zaburzeń lękowych problem ten jest najprawdopodobniej jeszcze powszechniejszy.

Nowy standard opieki okołoporodowej w Polsce wprowadzony w 2019 roku nakłada obowiązek przeprowadzenia oceny ryzyka zachorowania, jak i nasilenia objawów depresji dwukrotnie w okresie ciąży i dwukrotnie po porodzie – jest to duża zmiana w profilaktyce zdrowia psychicznego. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji powinna zostać przeprowadzona między 11. a 14. oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży. Również w położu położna zobowiązana jest do oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej [10]. W niniejszym artykule postulujemy, by do tego systemowego rozwiązania dołączyć badanie nasilenia objawów lękowych – co byłoby prostym i niskokosztowym rozwiązaniem umożliwiającym identyfikację kobiet z tym zaburzeniem i wczesną pomoc potrzebującym.

Zadanie prowadzenia badań przesiewowych i informowania o ich wyniku, które zostało nałożone na położne i lekarzy ginekologów, nie jest zadaniem łatwym i oczywistym. Ministerstwo Zdrowia, by wesprzeć personel medyczny w jego wypełnianiu, w 2018 roku ogłosiło konkurs na realizację programu profilaktyki depresji poporodowej. Głównym celem projektu „Przystanek MAMA” jest zwiększenie wczesnego wykrywania depresji poporodowej m.in. dzięki organizacji dodatkowych kierunkowych szkoleń dla personelu medycznego oraz prowadzeniu badań przesiewowych w pierwszym roku życia dziecka pod kątem depresji poporodowej. Ministerstwo Zdrowia rekomendowało wykorzystanie do tego celu *Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej*. W Polsce program realizowany jest obecnie w czterech regionach. Obejmuje prowadzenie badań przesiewowych, szkolenia personelu medycznego, superwizje dla pielęgniarek i położnych biorących udział w programie oraz trzy bezpłatne konsultacje psychologiczne i grupy wsparcia dla mam w pierwszym roku po porodzie.

W regionie północnym program jest wdrażany przez Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego oraz Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. Prowadzona przez

te podmioty ewaluacja programu ujawniła ciekawą prawidłowość. Psychologowie konsultujący młode matki zwracali uwagę na przewagę diagnoz zaburzeń leku uogólnionego, ataków paniki i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w grupie zgłaszających się na konsultację kobiet. W nawiązaniu do zaobserwowanych przez psychologów prawidłowości postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy i jaki odsetek kobiet doświadcza zaburzeń lękowych w badaniu po porodzie?
2. Czy istnieją różnice, jeśli chodzi o nasilenie objawów lękowych, w wynikach w badaniu przesiewowym online i w badaniach realizowanych w kontakcie przez położną?
3. Czy i w jakim stopniu zaburzenia lękowe i zaburzenia depresyjne współwystępują u kobiet w pierwszym roku po porodzie?

Metodologia

Cel badania

Głównym celem opisanego w artykule badania było sprawdzenie, czy istnieje związek między depresją poporodową a zaburzeniami lękowymi. Ponadto podjęto analizy mające za zadanie określenie, jaka jest skala występowania wyżej wymienionych trudności u kobiet w pierwszym roku po porodzie, które uczestniczyły w badaniu prowadzonym przez położne oraz w badaniu na internetowej stronie projektu „Przystanek MAMA”. Kolejnym krokiem było ustalenie, jakie średnie wyniki uzyskano w skali depresji poporodowej oraz jaki był średni poziom lęku u kobiet w okresie poporodowym (pierwsze 12 miesięcy po porodzie).

Procedura

Analizowane dane zostały zebrane w ramach projektu „Przystanek MAMA”, „Program edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” (nr POWR.05.01.00-00-0001/15). Projekt jest realizowany na podstawie umowy z Ministerstwem Zdrowia i jest częścią Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Protokół badania został zatwierdzony przez Komisję Etyczną Wydziału Nauk Społecznych na Uniwersytecie Gdańskim (decyzja nr 20/2019). Wszystkie procedury przeprowadzono zgodnie z Kodeksem Etycznym Światowego Stowarzyszenia Medycznego (Deklaracja helsińska) dotyczącym eksperymentów z udziałem ludzi. Analizowane przez nas dane pochodzą z dwóch etapów ich zbierania: (1) przez położne i pielęgniarki podczas wizyt w poradni podstawowej opieki zdrowotnej w pierwszym roku życia dziecka (kobiety udzielają pisemnej zgody na gromadzenie danych) oraz (2) w ramach badań kontrolnych, podczas których monitorowana jest poprawność realizacji projektu przez personel medyczny oraz ponownie wykonywane jest badanie *Edynburską Skalą Depresji Poporodowej*, przy czym chętne matki na tym etapie biorą również udział w dodatkowych badaniach ankietowych (kobiety ponownie udzielają zgody na gromadzenie danych). Dane wykorzystywane w badaniu pochodzą też ze strony internetowej, gdzie istnieje możliwość samodzielnego, anonimowego badania z użyciem ESDP. Uczestniczki badania w wersji

online są informowane, że podanie dodatkowych danych socjodemograficznych jest dobrowolne i służy celom związanym z badaniami oraz prowadzeniem programu.

Dane przedstawione w artykule pochodzą z programu realizowanego przez konsorcjum Copernicus Podmiot Lecznicy Sp. z o.o. wraz z Instytutem Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego oraz Fundacją Twórczych Kobiet z Warszawy w regionie północnym. Program realizowany jest na terenie trzech województw: pomorskiego, kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego¹.

Grupa badana

W naszym badaniu wzięło udział 2865 mam, które zostały losowo wybrane spośród 7345 kobiet przebadanych pod kątem depresji poporodowej przez położne w ramach projektu „Przystanek MAMA”. Spośród 2865 kobiet, z którymi skontaktowano się telefonicznie, 1514 zgodziło się na udział w badaniu *follow-up*, a 1351 odmówiło (odsetek odpowiedzi: 53%). Wszystkie kobiety wyraziły zgodę na udział w badaniu podczas etapu pierwszego (uczestnictwo, przetwarzanie danych, raportowanie danych oraz monitoring).

Wśród kobiet, które brały udział w dwóch etapach badania (badanie wykonane przez położną i telefoniczne badanie *follow-up*), 55,7% miało wykształcenie wyższe, 30,4% – średnie, 7,8% – zawodowe, 3,6% – gimnazjalne, 1,7% – podstawowe. W wypadku 0,8% uczestniczek położne nie zebrały tych danych. W związku małżeńskim pozostawało 69,8% kobiet, 27,9% – w związku nieformalnym, 1,3% samotnie wychowywało dzieci, a 0,5% miało inny stan cywilny, natomiast 0,5% uczestniczek nie podało tych danych w ankiecie wypełnionej w 1 etapie badania. Na wsi mieszkało 30,8% kobiet, 43,7% – w dużym mieście (powyżej 250 tys. mieszkańców), 14,6% – w małym mieście (do 50 tys. mieszkańców), a 9,2% – w średnim mieście (między 50 tys. a 250 tys. mieszkańców); od 1,7% kobiet nie zebrano tych danych. Spośród badanych kobiet 66% uczestniczek postrzegало swoją sytuację materialną jako dobrą, 21,6% – jako bardzo dobrą, 11,0% – przeciętną, 0,6% – złą, 0,5% – bardzo złą, a w przypadku 0,3% – brak danych. Na zaburzenia nastroju nie chorowało wcześniej 89,0% kobiet, 5,5% otrzymało diagnozę epizodu depresyjnego, a 2,4% – inną diagnozę psychiatryczną, z kolei 3,1% uczestniczek nie podało tych danych w pierwszym etapie badania. Średni wiek uczestniczek wynosił 29,98 roku ($SD = 5,02$), kobiety rodziły średnio w 39,38 tygodniu ciąży ($SD = 10,04$). Spośród kobiet biorących udział w badaniu 66,8% urodziło dziecko siłami natury, a 28,1% przez cesarskie cięcie; 5,1% – brak danych. Ponadto 11,2% kobiet było w ciąży zagrożonej, a 85,2% w ciąży fizjologicznej; 3,6% – brak danych.

Grupę badaną stanowiło również 10 545 kobiet, które wzięły udział w badaniu przesiewowym dotyczącym depresji poporodowej z wykorzystaniem kwestionariusza ESDP w wersji online. Nie wszystkie kobiety uczestniczące w internetowym badaniu zdecydowały się na podanie dodatkowych informacji socjodemograficznych – nie

¹ Otrzymano dofinansowanie w wysokości 2 114 838,59 zł, umowę podpisano pod koniec kwietnia 2019 r., a od maja rozpoczęto działania związane z wdrażaniem projektu.

było to obowiązkowe. Wśród kobiet, które wypełniły ankietę online, 61,8% miało wykształcenie wyższe, 19,9% – średnie, 2,8% – zawodowe, 1,5% – gimnazjalne, a 1,0% – podstawowe; 13,8% nie podało tych danych. W związku małżeńskim pozostawało 61,5% kobiet, 22,5% – w związku nieformalnym, 1,8% samotnie wychowywało dziecko, 0,6% miało inny stan cywilny, a 13,6% nie podało tych danych. Na wsi mieszkało 18,8% kobiet, 33,2% – w dużym mieście (powyżej 250 tys. mieszkańców), 14,2% – w małym mieście (do 50 tys. mieszkańców), a 19,5% w średnim mieście (między 50 tys. a 250 tys. mieszkańców); 14,3% nie podało tej informacji. Spośród badanych kobiet 39,6% postrzegało swoją sytuację materialną jako dobrą, 18,9% – jako bardzo dobrą, 24,2% – jako przeciętną, 2,6% – złą, 0,6% – bardzo złą, a 14,1% nie podało tych informacji. Na zaburzenia nastroju nie chorowało wcześniej 63,8% kobiet. Średni wiek uczestniczek badania wynosił 30,18 roku ($SD = 5,13$), natomiast poród następował średnio w 38,99 tygodniu ciąży ($SD = 4,92$). Spośród kobiet biorących udział w badaniu 43,9% urodziło dziecko w sposób fizjologiczny, 33,4% przez cesarskie cięcie, a 22,7% nie podało tej informacji. W ciąży zagrożonej było 17,8% kobiet, a 82,2% w ciąży fizjologicznej.

Wykorzystane narzędzia

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale – ESDP) składa się z 10 pytań; maksymalny wynik wynosi 30 punktów [19; wersja polska: 20]. Uzyskanie 12 lub więcej punktów i/lub wybór odpowiedzi potwierdzających chęć samookaleczenia wskazuje na prawdopodobieństwo depresji poporodowej. Wysoki wynik wymaga dokładnej oceny klinicznej stanu psychicznego pacjentki. Szacuje się, że pozytywna wartość predykcyjna ESDP wynosi 70% [19], a nawet 90% [21]. ESDP znacząco poprawia wskaźniki wykrywalności depresji w porównaniu z rutynową opieką: 35,4% matek z podwyższonym wynikiem w porównaniu z 6,3% [17, 22]. Badanie przeprowadzone przez Wisner i wsp. [23] wykazało, że 86% osób, które uzyskały wynik badania przesiewowego równy lub wyższy niż 13, miało rozpoznaną depresję podczas badania fizykalnego. Według tych badaczy kobiety ciężarne doświadczające zaburzeń psychicznych sześciokrotnie częściej uzyskują wynik powyżej 12 w EPDS w porównaniu z kobietami, które nie doświadczają zaburzeń psychicznych [23]. Skala ta była już z powodzeniem stosowana w polskich badaniach oceniających występowanie depresji poporodowej, które potwierdziły jej wysoką rzetelność (współczynnik alfa Cronbacha = 0,90) [24].

Edynburska Skala Depresji Poporodowej dla lęku

Powszechnie stosowana *Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS)* ocenia nie tylko depresję, ale także objawy lękowe. W naszym badaniu zdecydowano się również na zastosowanie trójczynnikowego modelu ESDP, na który składają się pytania dotyczące objawów depresji (pozycje: 7–10), lęku (pozycje: 3–6) i anhedonii (pozycje: 1 i 2) [25, 26]. Przedstawione w artykule analizy dotyczą wyłącznie podskali lęku (pytań 3–6).

GAD-2

Dwuitemowy *Kwestionariusz uogólnionego zaburzenia lękowego* (GAD-2) jest krótszą wersją GAD-7 i wykorzystuje tylko dwa pierwsze pytania, które reprezentują podstawowe objawy lękowe [27]. Wynik 3 punktów jest preferowaną wartością graniczną dla identyfikacji możliwych przypadków, w których uzasadniona jest dalsza diagnostyka uogólnionego zaburzenia lękowego. Badania przeprowadzone przez Plummer i wsp. [28] wykazały, że przy zastosowaniu wartości odcięcia 3 GAD-2 ma czułość 86% i swoistość 83% dla rozpoznania uogólnionego zaburzenia lękowego i jest zalecany przez wytyczne NICE [29].

Wyniki

Aby znaleźć odpowiedzi na postawione pytania badawcze, przeprowadzono odpowiednie analizy statystyczne z wykorzystaniem programu statystycznego SPSS w wersji 27.0. Wykonane zostały analizy mające na celu określenie statystyk opisowych, analizy korelacji r Pearsona, analizy różnic między średnimi z użyciem testu t . Analiza występowania wyników klinicznych została przeprowadzona na podstawie punktów odcięcia (informacje o zastosowanych punktach odcięcia znajdują się w podrozdziale *Wykorzystane narzędzia*).

Nasilenie objawów depresji poporodowej i lęku

Pierwszym etapem prowadzonych analiz statystycznych było poznanie różnicy między średnim wynikiem ESDP w ocenie początkowej (dokonywanej przez położną) i w badaniu *follow-up* u 1360 uczestniczek badania. Stwierdzono istotną różnicę ($t = -12,53$; $p \leq 0,001$; d Cohena = $-0,348$) między wynikiem początkowym ($M = 4,39$; $SD = 4,08$) a wynikiem końcowym ($M = 6,05$; $SD = 5,03$). Wartości te były ze sobą umiarkowanie skorelowane ($r = 0,46$; $p < 0,001$). Wynik kliniczny (12 punktów i więcej), wskazujący na zwiększone nasilenie objawów depresji, a tym samym duże prawdopodobieństwo rozpoznania depresji poporodowej, uzyskało we wstępnych badaniach przesiewowych 6,3% uczestniczek, a w ocenie końcowej – 14,3%.

Dodatkowo przeprowadzono analizę czynnika lęku wyodrębnionego ze skali ESDP (szczegóły dotyczące struktury czynnikowej EPDS znajdują się w rozdziale *Metodologia*) i stwierdzono, że istnieje istotna różnica między średnim wynikiem podskali „Lęk” w ocenie wstępnej (dokonywanej przez pracownika służby zdrowia) ($M = 2,52$; $SD = 2,199$) i w badaniu kontrolnym ($M = 3,18$; $SD = 2,28$) ($t = 7,954$; $p \leq 0,001$; d Cohena = $2,62$). Wartości te były ze sobą umiarkowanie skorelowane ($r = 0,318$; $p < 0,001$). Wynik podwyższony (6 punktów i więcej), wskazujący na zwiększone nasilenie objawów lękowych, uzyskało w badaniu wstępnym 10,1% uczestniczek, a w ocenie końcowej – 21,2%.

Oceny objawów lękowych z wykorzystaniem kwestionariusza GAD-2 dokonywano tylko podczas badania *follow-up*, a średni wynik uzyskany przez kobiety wynosił 1,13 ($SD = 1,39$; Min. = 0; Max. = 6; $N = 641$). Wynik podwyższony (3 punkty i więcej), wskazujący na zwiększone nasilenie objawów lękowych, a tym samym

duże prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia lękowego uogólnionego, uzyskała 13,4% badanych. Warto zwrócić uwagę, że średni wynik uzyskany w pierwszej pozycji GAD-2 ($M = 0,61$; $SD = 0,78$), wskazujący na nasilenie uczucia zdenerwowania, niepokoju i silnego napięcia, był istotnie wyższy ($t = 3,018$; $p = 0,003$; $d = 0,119$) niż średni wynik uzyskany przez kobiety w drugiej pozycji GAD-2 ($M = 0,52$; $SD = 0,81$).

Tabela 1. ESDP, „ESDP czynnik lękowy” i GAD-2 podczas wstępnych badań przesiewowych i oceny follow-up

Narzędzie	Etap badania	
	M (SD)	Follow-up M (SD)
ESDP	4,48 (4,05); (n = 1512)	6,05 (5,03); (n = 1350)
„ESDP – podskala lęku”	2,52 (2,199); (n = 1509)	3,09 (2,28); (n = 1350)
GAD-2	brak danych	1,13 (1,39); (n = 641)

Uwaga: Przesiewowe badania kontrolne były prowadzone przez studentów psychologii z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego w formie rozmowy telefonicznej.

Tabela 2. Odsetek uzyskanych wyników w bezpośredniej ocenie przesiewowej i w części follow-up w kierunku depresji poporodowej i zaburzeń lękowych (w odniesieniu do punktów odcięcia)

Narzędzie	Punkty odcięcia	Etap badania	
		Pomiar początkowy	Follow-up
ESDP	wynik prawidłowy (0–9 punktów)	89,3%	65,5%
	wynik podwyższony (10–11 punktów)	4,2%	6,1%
	wynik kliniczny (12 i więcej punktów)	6,3%	14,3%
	Brak danych	0,2%	14,1%
„ESDP podskala lęku”	wynik prawidłowy (0–5 punktów)	89,9%	78,8%
	wynik kliniczny (6 i więcej punktów)	10,1%	21,2%
GAD-2	wynik prawidłowy (0–2 punktów)	brak danych	86,6%
	wynik kliniczny (3 i więcej punktów)	brak danych	13,4%

Uwaga: Kategorie wyodrębniono na podstawie punktów odcięcia ESDP i GAD-2. Przesiewowe badania kontrolne były prowadzone przez studentów psychologii z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego w formie rozmowy telefonicznej.

Zależności między nasileniem PPD a objawami lękowymi

W kolejnym kroku przeprowadzono ocenę zależności między nasileniem depresji poporodowej a objawami lękowymi za pomocą analizy korelacji (wykorzystując współczynnik korelacji r Pearsona). Stwierdzono istotną, silną, dodatnią korelację między wszystkimi badanymi zmiennymi. Uzyskane wyniki wskazują, że objawy

lęku mierzone zarówno za pomocą kwestionariusza GAD-2, jak i za pomocą podskali ESDP są istotnie związane z objawami depresji poporodowej. Szczegółowe wyniki powyższych analiz przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Korelacja r Pearsona między nasileniem depresji poporodowej a objawami lękowymi u kobiet uczestniczących w badaniu follow-up

Narzędzie	Pomiar początkowy ESDP	Follow-up ESDP	Pomiar początkowy „ESDP – podskala lęku”	Follow-up „ESDP podskala lęku”
GAD-2	0,33**	0,503**	0,286**	0,333**
Pomiar początkowy ESDP	1	0,456**	0,812**	0,302**
Follow-up ESDP	0,456**	1	0,405**	0,763**
Pomiar początkowy „ESDP – podskala lęku”	0,812**	0,405**	1	0,315**
Follow-up „ESDP podskala lęku”	0,302**	0,763**	0,315**	1

** $p < 0,01$. Uwaga: Przesiewowe badania kontrolne były prowadzone przez studentów psychologii z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego w formie rozmowy telefonicznej.

Nasilenie objawów depresji poporodowej i lęku u kobiet, które wypełniły kwestionariusz ESDP na stronie internetowej projektu „Przystanek MAMA”

Analogiczne analizy przeprowadzono dla grupy kobiet ($n = 10\,454$), które uczestniczyły w anonimowym badaniu kwestionariuszowym ESDP na stronie internetowej projektu „Przystanek MAMA”. Wynik kliniczny (12 punktów i więcej), wskazujący na nasilenie objawów, a tym samym duże prawdopodobieństwo rozpoznania depresji poporodowej, uzyskało w tej grupie 77,0% uczestniczek. Wynik kliniczny dla „czynnika lęku” ESDP (6 punktów i więcej), wskazujący na zwiększone nasilenie objawów lękowych, uzyskało 62,8% uczestniczek, a dla GAD-2 (3 punkty i więcej) – 63,7%.

Analizie poddano również średnie wyniki w skali depresji poporodowej i objawów lękowych. Stwierdzono, że średni wynik w badaniu przeprowadzonym *Edynburską Skalą Depresji Poporodowej* wynosi 16,5 punktu ($SD = 5,975$; Min. = 0; Max. = 30), średni wynik dla „czynnika lęku” podskali ESDP wynosi 6,02 ($SD = 2,05$; Min. = 0; Max. = 9), a średni wynik dla GAD-2 wynosi 3,34 ($SD = 1,777$; Min. = 0; Max. = 6).

Tabela 4. EPDS, „ESDP – podskala lęku” i GAD-2 w badaniu internetowym

Narzędzie	Badanie online Średnia (SD)
ESDP	16,5 (5,975); ($n = 10\,454$)
„ESDP – podskala lęku”	6,02 (2,05); ($n = 10\,454$)
GAD-2	3,46 (1,777); ($n = 9015$)

Uwaga: Samobadanie przeprowadzono online za pośrednictwem strony internetowej projektu „Przystanek MAMA”.

Tabela 5. **Odsetek uzyskanych wyników w bezpośredniej ocenie przesiewowej i w części follow-up w kierunku depresji poporodowej i zaburzeń lękowych (w odniesieniu do punktów odcięcia)**

Narzędzie	Punkty odcięcia	Badanie online
ESDP	wynik prawidłowy (0–9 punktów)	14,7%
	wynik podwyższony (10–11 punktów)	8,3%
	wynik kliniczny (12 i więcej punktów)	77,0%
„ESDP – podskala lęku”	wynik prawidłowy (0–5 punktów)	37,2%
	wynik kliniczny (6 i więcej punktów)	62,8%
GAD-2	wynik prawidłowy (0–2 punktów)	36,3%
	wynik kliniczny (3 i więcej punktów)	63,7%

Uwaga: Kategorie wyodrębniono na podstawie punktów odcięcia ESDP i GAD-2. Samobadanie przeprowadzono online za pośrednictwem strony internetowej projektu „Przystanek MAMA”.

Zależności między nasileniem depresji poporodowej a objawami lękowymi u kobiet w pierwszym roku po porodzie

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę zależności między nasileniem objawów depresji poporodowej a objawami lęku za pomocą analizy korelacji (z wykorzystaniem współczynnika korelacji r Pearsona). Stwierdzono istotną, silną, dodatnią korelację między wszystkimi badanymi zmiennymi. Uzyskane wyniki wskazują, że objawy lęku mierzone zarówno za pomocą kwestionariusza GAD-2, jak i z wykorzystaniem podskali oceniającej objawy lękowe w kwestionariuszu ESDP, są istotnie związane z objawami depresji poporodowej. Szczegółowe wyniki powyższych analiz przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. **Korelacja r Pearsona między nasileniem depresji poporodowej a objawami lękowymi u kobiet uczestniczących w badaniu przesiewowym online**

Narzędzie	EPDS	„ESDP – czynnik lękowy”
GAD-2	0,631**	0,54**
ESDP	1	0,759**
„ESDP – czynnik lękowy”	0,759**	1

** $p < 0,01$. Uwaga: Samobadanie przeprowadzono online za pośrednictwem strony internetowej projektu „Przystanek MAMA”.

Dyskusja

Wykonane analizy umożliwiły znalezienie odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

1. Przeprowadzone przez nas badania wskazują, że w zależności od momentu pomiaru od 10% do nawet ponad 20% kobiet doświadcza nasilenia objawów lękowych.

2. Kobiety, które korzystały z badania przesiewowego online, mają istotnie wyższe wyniki niż matki, które uczestniczyły w badaniu przesiewowym prowadzonym przez położną lub w formie rozmowy telefonicznej (*follow-up*).
3. Zaburzenia lękowe oraz zaburzenia nastroju współwystępują.

Ad 1.

Zgodnie z przeglądem literatury przedstawionym we wprowadzeniu zaburzenia lękowe są częste w pierwszym roku po porodzie. Najprawdopodobniej ze względu na brak badań przesiewowych oraz niski odsetek kobiet korzystających z leczenia matki pozostają często bez odpowiedniej pomocy. System opieki psychiatrycznej w Polsce jest przeciążony, okres oczekiwania na konsultacje u lekarza lub psychologa w ramach bezpłatnej służby zdrowia jest długi, dlatego kobiety w okresie okołoporodowym mają utrudniony dostęp do szybkiej i bezpłatnej pomocy. Standardowy czas oczekiwania na wizytę u psychiatry lub psychoterapeuty w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce wynosi od 4 tygodni do roku w dużych miastach północnego regionu Polski². Wiedza o bezpłatnych miejscach świadczących pomoc psychologiczną i psychiatryczną może nie być wystarczająca, nie zawsze jest również rozpowszechniana przez lekarzy ginekologów i położne. Bezpłatna pomoc jest możliwa do uzyskania np. w Centrach Zdrowia Psychicznego³, które są zobowiązane do zapewnienia konsultacji potrzebującym w ciągu 72 godzin od zgłoszenia. Docelowo takie centra mają być w każdym powiecie, jednak obecnie jest ich 40 w całej Polsce. Pomoc świadczą organizacje NGO (np. program „Dobry rodzic dobry start” Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, a także Centrum Dziecka i Rodziny zajmujące się okołoporodowymi zaburzeniami u kobiet). Dodatkowo w ramach projektu „Przystanek MAMA”, który jest częścią Narodowego Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia, kobiety uzyskujące wynik powyżej 10 punktów w badaniu skalą ESDP mają możliwość skorzystania z trzech bezpłatnych konsultacji z psychologiem bez konieczności długiego oczekiwania na termin.

Niemniej jednak należałoby podjąć systemowe wysiłki mające na celu stworzenie efektywnego systemu opieki psychologicznej i psychiatrycznej dla kobiet w okresie okołoporodowym. Informacje o miejscach świadczących bezpłatną pomoc nie są ogólnie dostępne. Lecz już podawanie informacji o kontakcie do instytucji zdrowia psychicznego działających w danym powiecie na wypisie ginekologicznym ze szpitali położniczych mogłoby być jednym z rozwiązań ułatwiających znalezienie pomocy.

Ad 2.

W internetowym badaniu nasilenia objawów lękowych wysokie wyniki uzyskało ponad 60% kobiet, w badaniu z położną – 10%. Anonimowe warunki badania online mogą się wiązać z większą swobodą w ujawnianiu informacji o swoim stanie psychicznym. W literaturze przedmiotu znaleźliśmy podobne wyniki: w badaniu Mule i wsp. [30] około 20% kobiet w okresie okołoporodowym nie ujawniło w pełni

² <https://terminyl Leczenia.nfz.gov.pl> (dostęp: 1.06.2023).

³ www.czp.org.pl.

prawdziwych informacji o swoim stanie psychicznym podczas badań przesiewowych. W badaniu Forder i wsp. [31] aż 38,9% z 1597 australijskich kobiet podało, że nie czuło się komfortowo, gdy personel medyczny rozmawiał z nimi o objawach depresji lub lęku. Według Mule i wsp. [30] kobiety nie zdradzają swoich prawdziwych uczuć zarówno z obawy przed stygmatyzacją (nie chcą być postrzegane jako złe matki), autostygmatyzacją, jak i z braku zaufania do lekarza. W warunkach badań online opisane wyżej dylematy znikają. A że kobiety mogą się różnić, jeśli chodzi o stopień zaufania do swojego lekarza czy położnej, a także ze względu na poziom lęku związanego ze stygmatyzacją, możliwość wyboru metody badania przesiewowego może być tu pomocna. Ponadto kobiety doświadczające objawów depresji i lęku mogą być bardziej zmotywowane do wykonania ankiety na stronie internetowej w celu oceny swojego samopoczucia i uzyskania informacji zwrotnej. Ważnym krokiem podczas spotkania pracownika ochrony zdrowia z matką powinno być poinformowanie o anonimowej platformie internetowej do badań przesiewowych PPD.

Ad 3.

Nasze badanie wykazało również, że objawy depresyjne i objawy lękowe współwystępują. Otrzymane wyniki potwierdzają, że w kontakcie z młodą matką z trudnościami emocjonalnymi, która zgłasza się po pomoc do profesjonalistów, nie należy ograniczać się jedynie do diagnozowania depresji. Może to bowiem skutkować niższą identyfikacją grupy kobiet, które potrzebują pomocy, oraz maskować rzeczywisty obraz kliniczny. Lęk może towarzyszyć depresji, ale może być także dominującą trudnością, z którą zgłasza się młoda matka. Współwystępowanie obu tych diagnoz wpływa na proces leczenia i czas jego trwania.

W wypadku depresji głównego opiekuna konsekwencje choroby, szczególnie nieleczonej, dotyczą również dziecka. Choć w porównaniu z piśmiennictwem na temat zaburzeń nastroju matki niewiele badań analizowało wpływ lęku matki na krótko- i długoterminowy rozwój dziecka, to dostępne dane sugerują, że zespół lęku uogólnionego matki oddziałuje na rozwój układu nerwowego i wzrost niemowlęcia. Uguz i wsp. [32] stwierdzili, że uogólniony lęk u matki w czasie ciąży prowadził do znacznie niższych poziomów neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego, co potencjalnie negatywnie wpływało na rozwój układu nerwowego płodu. Stein i wsp. [33] wykazali, że nawracające negatywne myślenie u matek z diagnozą zespołu lęku uogólnionego związane jest z ich mniejszą aktywnością i mniejszym zaangażowaniem w interakcje z niemowlętami. Ponadto dzieci matek z taką diagnozą sprawiały wrażenie wycofanych. W badaniu przeprowadzonym przez Artechę i wsp. [34] kobiety chorujące na depresję poporodową lub zespół lęku uogólnionego rzadziej adekwatnie rozpoznawały szczęśliwe twarze niemowląt. Wskazuje to na zasadność postulatu, by w okresie dużej zależności niemowlęcia od głównego opiekuna, którym najczęściej w pierwszych miesiącach jego życia jest matka, zapewnić możliwość uzyskania szybkiej pomocy psychologicznej – jeśli matka tego potrzebuje. Niezbędnym krokiem w zapewnieniu takiej osobie pomocy jest jednak powszechność badań przesiewowych zarówno w kierunku depresji poporodowej, jak i zaburzeń lękowych.

Wnioski

Otrzymane wyniki traktujemy jako ważną przesłankę w rozwoju prowadzonych obecnie badań przesiewowych w okresie okołoporodowym. Zaburzenia lękowe po porodzie są równie częste jak zaburzenia nastroju. Poniżej przedstawiamy propozycje działań, które można stosunkowo łatwo wdrożyć w praktyce klinicznej w podstawowej opiece medycznej:

1. Identyfikacja kobiet potrzebujących pomocy psychologicznej. Badania przesiewowe dotyczące podwyższonego poziomu lęku są dość proste do przeprowadzenia. Powszechnie stosowane do oceny zaburzeń depresyjnych narzędzie, jakim jest *Edynburska Skala Depresji Poporodowej*, może służyć do badania przesiewowego poziomu lęku. Łączny wynik punktowy czterech pozycji tej skali (3., 4., 5. i 6.) jest wysoko skorelowany z wynikami kwestionariuszy oceniających zaburzenia lękowe. Szeroko wykorzystywanym i dostępnym bezpłatnie narzędziem służącym do oceny zaburzeń lękowych jest kwestionariusz GAD-7 oraz jego skrócona wersja GAD-2⁴. GAD-2 z punktacją wyższą lub równą 4 wskazuje na podwyższony poziom lęku. W takiej sytuacji należy wykonać pełne badanie GAD-7 i porozmawiać z pacjentką o jej samopoczuciu, a także wskazać miejsca, gdzie może uzyskać pomoc (grupy dla mam, konsultacja psychologiczna, konsultacja z lekarzem psychiatrą). Rozszerzenie obecnego badania przesiewowego – prowadzonego najczęściej z użyciem ESDP lub *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ 9) – o pytania dotyczące lęku nie zmieniłoby istotnie czasu jego trwania lub nakładów finansowych związanych z prowadzeniem badań przesiewowych.
2. Leczenie zaburzeń lękowych. Skuteczne leczenie zaburzeń lękowych w okresie poporodowym powinno być przede wszystkim szybko dostępne i realizowane w sposób uwzględniający trudności organizacyjne tego okresu życia (np. również online). Mamy niemowląt i małych dzieci mogą mieć problem ze zwyczajnym przemieszczaniem się po mieście bądź z ustaleniem stałej godziny terapii [35]. Karmienie, przewijanie, konieczność znalezienia na ten czas opieki do dziecka, zależność od osób w zewnątrz mogą wpływać na regularność uczęszczania przez kobiety na sesje. Możliwość skorzystania z konsultacji prowadzonych w formie zdalnej wydaje się dobrym rozwiązaniem dla tej grupy pacjentek – polskie doświadczenia z realizacji programów pomocowych wskazują, że kobiety chętnie się na nie decydują. W wypadku zaburzeń lękowych zalecana jest zarówno interwencja psychologiczna, w zależności od nasilenia objawów – niskiej lub wysokiej częstotliwości, jak i farmakoterapia [36]. Co ważne, współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych zmienia przebieg obu tych chorób, wpływa na leczenie i jego efekty. Wybór leczenia zależy od nasilenia objawów lęku i depresji. Terapia poznawczo-behawioralna, terapia interpersonalna, nauka relaksacji czy mindfulness są wskazane w wypadku łagodnego nasilenia objawów. Z kolei grupy dla mam mogą pomóc znormalizować doświadczane niepokoje. Umiarkowane lub silne natężenie zaburzeń lękowych wymaga farmakoterapii, jak i łączenia terapii

⁴ Polska wersja językowa: Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. Free Download | phqscreeners.com.

z leczeniem farmakologicznym. Leki SSRI/SNRI są lekami pierwszego wyboru. W razie nasilenia objawów zalecane jest krótkoterminowe włączenie benzodiazepin [37]. Warto podkreślić, że leczenie farmakologiczne zaburzeń lękowych jest możliwe podczas karmienia naturalnego [38] i jest bezpieczne dla dziecka [39, 40].

Jednak warunkiem wdrożenia leczenia jest identyfikacja potrzebujących takiego wsparcia osób, zapobieganie izolowaniu się kobiet z objawami choroby i zachęcanie ich, by szukały pomocy psychologicznej. Dlatego tak ważne jest, by ktoś dostrzegł lęki oraz trudności kobiety po porodzie i nie bagatelizował ich. Psychoedukacja, w tym informacja o powszechności występowania objawów lękowych, jest ważnym komponentem w przewyciężaniu zaprzeczania, stygmatyzacji i przyspiesza rozpoczęcie skutecznej interwencji.

Piśmiennictwo

1. George C, Solomon J. *The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting*. W: Cassidy J, Shaver PR. red. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY: The Guilford Press; 2008. S. 833–856.
2. Mohr von M, Mayes LC, Rutherford HJV. *The transition to motherhood: Psychoanalysis and neuroscience perspectives*. *Psychoanal. Study Child* 2017; 70(1): 154–173. doi: 10.1080/00797308.2016.1277905.
3. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. *Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis*. *J. Psychiatr. Res.* 2018; 104: 235–248. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.
4. Dadi AF, Akalu TY, Baraki AG, Wolde HF. *Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis*. *PLoS One* 2020; 15(4): 0231940. doi: 10.1371/journal.pone.0231940.
5. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. *Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis*. *Br. J. Psychiatry* 2017; 210(5): 315–23. doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179.
6. Viswasam K, Eslick GD, Starcevic V. *Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis*. *J. Affect. Disord.* 2019; 255: 27–40. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.016.
7. NICE CG192. www.nice.org.uk/guidance/cg192.
8. Committee on Obstetric Practice. *The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression*. *Obstet. Gynecol.* 2015; 125(5): 1268–1271.
9. Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF). *Screening for depression in adults*. *JAMA.* 2016; 315(4): 380–387.
10. Dz. U. poz. 1756.
11. Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. *Perinatal generalized anxiety disorder: Assessment and treatment*. *J. Womens Health (Larchmt)*. 2015; 24(9): 762–770. doi: 10.1089/jwh.2014.5150.
12. Field T. *Prenatal anxiety effects: A review*. *Infant. Behav. Dev.* 2017; 49: 120–128. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.08.008.

13. Furtado M, Van Lieshout RJ, Van Ameringen M, Green SM, Frey BN. *Biological and psychosocial predictors of anxiety worsening in the postpartum period: A longitudinal study*. J. Affect. Disord. 2019; 250: 218–225. doi: 10.1016/j.jad.2019.02.064.
14. Gheorghe M, Varin M, Wong SL, Baker M, Grywacheski V, Orpana H. *Symptoms of postpartum anxiety and depression among women in Canada: Findings from a national cross-sectional survey*. Can. J. Public Health 2021; 112(2): 244–252. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00420-4>.
15. Byrnes L. *Perinatal mood and anxiety disorders*. J. Nurse Pract. 2018; 14(7): 507–513.
16. Cox EQ, Sowa NA, Meltzer-Brody SE, Gaynes BN. *The perinatal depression treatment cascade: Baby steps toward improving outcomes*. J. Clin. Psychiatry 2016; 77(9): 1189–1200. doi: 10.4088/JCP.15r10174.
17. Bennett IM, Marcus SC, Palmer SC, Coyne JC. *Pregnancy-related discontinuation of antidepressants and depression care visits among Medicaid recipients*. Psychiatr. Serv. 2010; 61(4): 386–391. doi: 10.1176/ps.2010.61.4.386.
18. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. *Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65(7): 805–815. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.805.
19. 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. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
20. Steiner M, Yonkers K. *Depresja u kobiet*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 1999. S. 31–47.
21. Zelkowitz P, Millet TH. *Screening for postpartum depression in a community sample*. Can. J. Psychiatry 1995; 40(2): 22–23. doi: 10.1177/0706743795040002051.
22. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. *Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 182(5): 1080–1082. doi: 10.1067/mob.2000.105409.
23. Wisner KL, Sit DK, Hanusa BH, Moses-Kolko EL, Bogen DL, Hunker DF i wsp. *Major depression and antidepressant treatment: Impact on pregnancy and neonatal outcomes*. Am. J. Psychiatry 2009; 166(5): 557–566. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08081170.
24. Iracka E, Lewicka M. *Występowanie depresji poporodowej wśród położnic*. European Journal of Medical Technologies 2014; 3(4): 60–66.
25. Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H; Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. *Factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Japan Environment and Children's Study*. Sci. Rep. 2020; 10(1): 11647. Published 2020 Jul 15. doi: 10.1038/s41598-020-67321-x.
26. Petrozzi A, Gagliardi L. *Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems*. J. Perinat. Med. 2013; 41(4): 343–348. doi: 10.1515/jpm-2012-0258.
27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. *Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection*. Ann. Intern. Med. 2007; 146(5): 317–325.
28. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. *Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis*. Psychiatria szpitalna ogólna 2016; 39: 24–31.
29. CG123/3 26.
30. Mule V, Reilly NM, Schmied V, Kingston D, Austin MV. *Why do some pregnant women not fully disclose at comprehensive psychosocial assessment with their midwife?* Women Birth 2022; 35(1): 80–86. doi: 10.1016/j.wombi.2021.03.001.

31. Forder PM, Rich J, Harris S, Chojenta C, Reilly N, Austin MP i wsp. *Honesty and comfort levels in mothers when screened for perinatal depression and anxiety*. *Women Birth* 2020; 33(2): 142–150. doi: 10.1016/j.wombi.2019.04.00.
32. Uguz F, Sonmez EO, Sahingoz M, Gokmen Z, Basaran M, Gezginc K i wsp. *Maternal generalized anxiety disorder during pregnancy and fetal brain development: A comparative study on cord blood brain-derived neurotrophic factor levels*. *J. Psychosom. Res.* 2013; 75(4): 346–350. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.04.010.
33. Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B i wsp. *Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder*. *J. Abnorm. Psychol.* 2012; 121(4): 795–809. doi: 10.1037/a0026847.
34. Arteche A, Joormann J, Harvey A, Craske M, Gotlib IH, Lehtonen A i wsp. *The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces*. *J. Affect. Disord.* 2011; 133(1–2): 197–203. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.015.
35. Goodman JH. *Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression*. *Birth* 2009; 36(1): 60–69. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x.
36. NICE Guidelines, CG192. Recommendations | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE (Dostęp: 13.07.2022).
37. Daw JR, Mintzes B, Law MR, Hanley GE, Morgan SG. *Prescription drug use in pregnancy: A retrospective, population-based study in British Columbia, Canada (2001–2006)*. *Clin. Ther.* 2012; 34(1): 239–249.e2.
38. Samochowiec J, Rybakowski JK, Gałęcki P, Szulc A, Rymaszewska J, Cubała WJ, Dudek D. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji*. *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(2): 245–262.
39. Kamińska-Sobczak A, Gawlik-Kotelnicka O, Strzelecki D. *Stosowanie leków psychotropowych podczas laktacji – praktyczne wskazówki dla lekarza psychiatry*. *Psychiatr. Pol.* 2022; 56(3): 493–508.
40. Szajer K, Karakuła H, Pawężka J, Grzywa A, Przywara G, Gut A. *Psychofarmakoterapia zaburzeń afektywnych w okresie ciąży i laktacji*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(3): 509–517.
41. Hale TW, Rowe HE. *Medications and mothers' milk 2017*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2016.

Adres: Magdalena Chrzan-Dętkoś
Uniwersytet Gdański
e-mail: magdalena.chrzan-detkos@ug.edu.pl

Otrzymano: 14.07.2022
Zrecenzowano: 28.09.2022
Otrzymano po poprawie: 20.10.2022
Przyjęto do druku: 27.11.2022