

Elektywne cięcia cesarskie ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne

Elective cesarean section on psychiatric indications – the phenomenon analysis, report of two cases and psychiatric clinical recommendations

Justyna Holka-Pokorska, Marek Jarema, Artur Stefanowicz,
Agnieszka Piróg-Balcerzak, Adam Wichniak

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Summary

Introduction. In Poland, no guidelines concerning the mode of delivery in patients with psychiatric disorders have so far been developed. The most common psychiatric diagnosis discussed in the Polish literature in the context of the indications for the elective caesarean section is tokophobia. It was confirmed in recent studies that intense fear of childbirth, requiring medical interventions is an important predictor of postpartum depression. Other studies have shown that emergency delivery causes long lasting posttraumatic stress disorder symptoms.

Aim. The aim of this paper is to discuss the different mental disorders, which may determine psychiatric indications for elective CS.

Material and methods. A literature review and analysis of two cases. Review of the literature was made via MEDLINE and based on such a keywords as: mental health, mode of delivery, caesarean section, psychiatric indications for CS. In the analysis, papers based on population studies and essential because of the potential clinical decisions concerning psychiatric indications for CS were taken into account first.

Results. Psychiatric indications for the preferred type of delivery are determined individually. They are mainly based on the ability of the psychiatric patient to cooperate with obstetric staff during vaginal delivery. The second area of psychiatric indications is a strong fear of labour that results in the need for psychiatric consultation in the last trimester of pregnancy or the perinatal period.

Conclusions. Antenatal care of women with mental disorders requires close cooperation between the obstetricians and psychiatrists specialised in the mental disorders due to somatic state. Such cooperation should lead to preventing both obstetric and psychiatric complications during the pregnancy and labour in women experiencing symptoms of mental disorders.

Słowa kluczowe: elektywne cięcie cesarskie, wskazania psychiatryczne

Key words: elective caesarean section, psychiatric indications

Wstęp

Z wielu prac epidemiologicznych wynika, że odsetek cięć cesarskich wykonywanych zarówno w Polsce, jak i na świecie sukcesywnie rośnie. W Polsce w 1999 roku odsetek porodów operacyjnych wynosił 18,1%, podczas gdy w 2012 r. osiągnął aż 37% [1, 2]. Dla porównania ilość porodów przez cesarskie cięcie wzrosła w Wielkiej Brytanii w ostatnich latach do 20–25% w porównaniu z 9% w roku 1980 [3]. Według szacunków OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) w krajach członkowskich w latach 2000–2011 ilość wykonanych cięć cesarskich wzrosła o 4,3% [4, 5].

Na podstawie danych dotyczących kohorty szwedzkiej wykazano, że trend dotyczący wzrastającej ilości wykonywanych cięć cesarskich (cc) może łączyć się z coraz wyższym wiekiem matek, niższą dzietnością oraz coraz wyższym indeksem masy ciała kobiet ciężarnych [6]. Niektórzy autorzy badający opinie położników odnośnie do procedur cięcia cesarskiego podkreślają, że w wielu krajach zmienia się także stosunek samych lekarzy do takiej metody porodu, co może mieć bezpośredni wpływ na wzrost częstości wykonywania takich procedur [7]. Kolejny ważny powód może łączyć się z preferencjami samych rodzących, które dążą do zakończenia ciąży przez cc, co wykazano na przykładzie szwedzkiej populacji [6, 8]. Wśród powodów podawanych przez ciężarne, które preferowały rozwiązanie ciąży przez cc, znalazły się: lęk przed porodem, poprzednie negatywne lub traumatyczne doświadczenia dotyczące porodu siłami natury (sn), wcześniejsze komplikacje położnicze (np. pod postacią cięcia cesarskiego wykonywanego w trybie nagłym) [6]. W badaniu dotyczącym szwedzkiej populacji wykazano, że jednym z najczęstszych powodów łączących się z preferencją cięcia cesarskiego jako metody porodu stanowi fobia porodu siłami natury, nazywana również tokofobią [9]. W badaniu dotyczącym populacji norweskiej wykazano, że preferencje w zakresie przeprowadzenia porodu przez cięcie cesarskie korelowały z występowaniem objawów lękowych, objawów depresyjnych, niską samooceną oraz historią nadużyć seksualnych w wywiadzie [10]. W metaanalizie badań dotyczących preferencji cięcia cesarskiego wykazano, że jest ono preferowane średnio przez około 15,6% badanych kobiet. Najwyższy odsetek preferencji elektywnego cc (el. cc) dotyczy kobiet z Ameryki Łacińskiej (24,4%), zaś najniższy (11%) kobiet z krajów europejskich [11]. W badaniu rejestrowym dotyczącym populacji szwedzkich kobiet (N = 64,834), rodzących w latach 2002–2004, wykazano, że u kobiet rodzących przez cesarskie cięcie „na życzenie” częściej obserwowano obciążenie zaburzeniami psychicznymi w wywiadzie, w porównaniu z pozostałymi rodzącymi [6]. U badanych najczęściej występowały zaburzenia lękowe, zaburzenia związane ze stresem, zaburzenia somatoformiczne oraz zaburzenia nastroju.

Według przyjętych rozwiązań medyczno-prawnych obowiązujących w niektórych krajach dopuszcza się wykonywanie cięcia cesarskiego jedynie na podstawie preferencji kobiety (Caesarean section on maternal request – CSMR). Taką metodę porodu określa się w Polsce „cięciem cesarskim na życzenie”. Nie została ona dotychczas zaaprobowana przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Cięcie cesarskie „na życzenie” jest wykonywane w polskich prywatnych klinikach ginekologiczno-położniczych. Natomiast polskie szpitale mające umowę z NFZ kierują się w tej kwestii wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Obowiązujące obecnie stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań do ukończenia ciąży poprzez cięcie cesarskie definiuje cc jako „operację położniczą, mającą na celu ukończenie ciąży lub porodu, gdy dalsze oczekiwanie na ich naturalne zakończenie przedstawia niebezpieczeństwo dla matki i dziecka” [12]. W powyższych rekomendacjach, powołując się na opracowanie Słomki i wsp., wskazania do cięcia cesarskiego podzielono na cztery grupy w zależności od stopnia pilności operacji: wskazania elektywne (planowe), wskazania pilne, wskazania nagłe oraz wskazania nagłe [12, 13].

Omawiając wskazania elektywne podkreślono, że jest to grupa wskazań, w przypadku których „cięcie cesarskie ma się odbyć w ustalonym terminie, czynniki uniemożliwiające poród siłami natury są znane oraz nie ma bezpośredniego zagrożenia życia matki ani płodu, przed rozpoczęciem aktywności skurczowej. W takich wybranych sytuacjach ciężarna może bezpiecznie oczekiwać na cięcie cesarskie (cc) dni a nawet tygodnie” [13]. Wśród wskazań do elektywnego cc znalazły się wskazania pozapołożnicze, tj. neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, hematologiczne, kardiologiczne oraz psychiatryczne. W powyższych rekomendacjach nie omawiano jednak bliżej, które spośród zaburzeń psychicznych mogą stanowić bezwzględne lub względne wskazanie do rozwiązania ciąży za pomocą cc.

W środowisku ginekologów-położników w Polsce trwa od kilku lat ożywiona dyskusja dotycząca zarówno przyczyn wzrostu liczby, jak i możliwości ograniczenia wykonywanych cięć cesarskich. W polskim piśmiennictwie psychiatrycznym nie opracowano dotychczas wskazań bliżej określających rodzaj zaburzeń psychicznych lub zespołów psychopatologicznych, których obecność mogłaby warunkować dostosowanie metody porodu ze względów psychiatrycznych. Psychiatryczne wskazania do cesarskiego cięcia ustalane są w każdym przypadku indywidualnie, najczęściej na podstawie kryteriów dotyczących potencjalnej współpracy danej pacjentki z personelem położniczym w trakcie porodu siłami natury. Temat ten nie był dotychczas omawiany szerzej w polskiej literaturze z zakresu psychiatrii ani ginekologii i położnictwa, poza pracami dotyczącymi lęku przed porodem (tokofobii) oraz aspektów psychologicznych wskazań do cc.

Cel

W obecnej pracy postawiono dwa cele. Pierwszy z nich stanowiło omówienie uwarunkowań najważniejszych patologii psychiatrycznych, które mogą stanowić potencjalne wskazania do rozwiązania ciąży za pomocą elektywnego cięcia cesarskiego. Kolejny cel pracy łączy się z przedstawieniem oraz omówieniem dwóch przypadków

klinicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, które pojawiły się w związku z okolicznościami dotyczącymi sposobu zakończenia ciąży.

Material i metoda

Przeglądu literatury dokonano za pośrednictwem bazy MEDLINE na podstawie słów kluczy: mental health, mode of delivery, caesarean section oraz psychiatric indications for caesarean section. W analizie uwzględniono w pierwszej kolejności prace dotyczące badań populacyjnych oraz prace istotne z punktu widzenia ewentualnych decyzji klinicznych dotyczących ustalania psychiatrycznych wskazań do cięcia cesarskiego. Omawiając poszczególne grupy zaburzeń, podzielono je na zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne i zespół stresu pourazowego, zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia psychiczne związane z upośledzeniem umysłowym.

W dalszej kolejności przedstawiono i omówiono dwa przypadki kliniczne. W pierwszym z opisywanych obserwowano stopniowy rozwój objawów tokofobii, której nasilenie znacznie zmniejszyło się w sytuacji potwierdzenia przez psychiatrę wskazań do rozwiązania ciąży za pomocą cc. W drugim przypadku obserwowano objawy zaburzenia stresowego pourazowego u pacjentki, której nie zapewniono preferowanego przez nią sposobu rozwiązania ciąży, zaś w czasie porodu wystąpiły powikłania okołoporodowe.

Zaburzenia lękowe

Jedno z potencjalnych i prawdopodobnie najczęstszych wskazań psychiatrycznych dotyczących ukończenia ciąży cięciem cesarskim stanowi fobia specyficzna dotycząca lęku przed porodem, określana także w literaturze mianem tokofobii (grec. *tokos* – poród). Patologiczny strach przed porodem stanowi fenomen psychopatologiczny, który dotychczas nie został zadowalająco zdefiniowany i scharakteryzowany [14].

Według National Institute of Health and Care Excellence lęk towarzyszący okresowi przedporodowemu występuje u większości kobiet. „Lęk uznawany jest za patologiczny w przypadku gdy przekracza poziom obserwowany w okresie przedporodowym u większości kobiet, warunkując odstępnie od prób porodu siłami natury oraz poszukiwanie możliwości wykonania cesarskiego cięcia” [3].

W jednej z pierwszych współczesnych prac dotyczących charakterystyki oraz uwarunkowań tokofobii wyróżniono kilka postaci zaburzenia:

1. Postać pierwotna – kiedy strach przed porodem rozwija się na długo przed pierwszą ciążą (prawdopodobnie już od okresu adolescencji);
2. Postać wtórna – która rozwija się w następstwie pierwszego traumatycznego porodu i może łączyć się z objawami poporodowego zespołu stresu pourazowego lub poporodowej przewlekłej reakcji depresyjnej, które nie zostały zdiagnozowane ani leczone;
3. Tokofobia współlistniejąca z depresją okresu ciąży – stanowi jeden z symptomów zaburzeń depresyjnych. Ciężarne z tą postacią tokofobii doświadczają obsesyjnie

nawracających myśli dotyczących przekonania, że nie są w stanie urodzić dziecka lub umrzeć w czasie porodu [14, 15].

Zarówno w klasyfikacji ICD-10, jak i DSM-5 nie wyróżniono specyficznej kategorii diagnostycznej dotyczącej lęku przed porodem [16, 17]. Na podstawie klasyfikacji ICD-10 objawy tokofobii mogą być jednak kodowane za pomocą dwóch kategorii – specyficznych (izolowanych) postaci fobii (F40.2) lub zaburzeń psychicznych i chorób układu nerwowego wikłających ciążę, poród, połóg (O99.3).

W polskim piśmiennictwie tematykę tokofobii omówiono szerzej w pracach Ce-kańskiego, Bilert i Clement [18–20].

Tokofobia stwierdzana jest częściej u kobiet, u których współwystępują inne zaburzenia psychiczne, u kobiet korzystających z pomocy psychiatrycznej [21, 22]. W badaniu oceniającym uwarunkowania nasilenia lęku przed porodem, które przeprowadzono w grupie 1200 fińskich kobiet, wykazano, że silny lęk przed porodem najczęściej towarzyszy nieródkom oraz kobietom, których wcześniejsze ciążę zostały ukończone operacyjnie w trybie nagłym lub przy użyciu próżnościągu (VE). Wyższy poziom lęku obserwowano w późniejszych fazach ciąży w porównaniu z początkowymi [23]. Natomiast oceniając preferencje kobiet w odniesieniu do metody porodu zauważono, że silny lęk przed porodem był skorelowany z preferowaniem cc jako metody rozwiązania ciąży. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Nieminena i wsp., w którym analizowano związki pomiędzy poziomem lęku przed porodem a preferowanym sposobem zakończenia ciąży na podstawie danych dotyczących 1635 szwedzkich kobiet, rekrutowanych do badania w 2006 r. [24]. Preferencje odnośnie do cięcia cesarskiego jako metody porodu korelowały z nasileniem lęku przed porodem (OR 11,79, CI 6,1–22,59 dla nieródek oraz OR 8,32, CI 4,36–15,85 dla kobiet, które już rodziły). Dodatkowo wyższy poziom lęku przed porodem wśród kobiet, które już rodziły, łączył się z wcześniejszymi porodami przez cc lub porodami zabiegowymi z zastosowaniem próżnościągu lub kleszczy (OR 2,34, CI 1,02–5,34) [22].

W niedawno opublikowanym polskim badaniu dotyczącym kobiet we wczesnym połogu wykazano, że u kobiet z wyższym poziomem lęku jako cechy (w pomiarze Kwestionariuszem Spielberga) występowało wyższe prawdopodobieństwo, że poród zostanie ukończony drogą cięcia cesarskiego [25]. W skandynawskim badaniu wykazano, że kobiety, które poszukiwały pomocy z powodu lęku przed porodem, różnią się od kobiet z grupy kontrolnej nie tylko wyższym poziomem lęku przed porodem oraz lęku przed bólem porodowym, ale szeregiem zmiennych osobowościowych, takich jak wyższy poziom psychastenii oraz niższy poziom zapotrzebowania na kontakty społeczne [26]. Autorzy wspomnianego badania zwrócili uwagę na rolę interwencji psychoedukacyjnych w postępowaniu przygotowawczym do porodu, mających na celu zmniejszanie ryzyka negatywnych doświadczeń porodowych. Według wielu autorów interwencje psychoedukacyjne dotyczące lęku przed porodem powodują zmniejszenie nasilenia tokofobii. Potwierdzono to w badaniu, w którym wykazano także, że interwencje te wpływają na zmniejszenie ilości porodów operacyjnych oraz na wzrost satysfakcji badanych kobiet w porównaniu z kobietami, wobec których nie stosowano interwencji psychoedukacyjnych [27].

Z drugiej strony nie opracowano dotychczas metody leczenia tokofobii u kobiet ciężarnych, która zostałaby zaakceptowana przez ogół środowisk naukowo-medycznych. Natomiast we wspomnianym już badaniu Hofberg i Brocklington stwierdzono, że u ciężarnych z objawami tokofobii, którym odmówiono preferowanej przez nie metody porodu, obserwowano wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych, w porównaniu z ciężarnymi z tokofobią, które rodziły w wybrany dla siebie sposób [28].

W pracy Pomorskiego i wsp. porównywano wczesne powikłania po porodach siłami natury oraz operacyjnych, w aspekcie kontrowersji wobec wprowadzenia w Polsce cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych [29]. Autorzy badania wyrazili pogląd, że w związku z brakiem różnic między liczbą wczesnych powikłań występujących po cięciu cesarskim i porodzie siłami natury, to „stan psychiczny ciężarnej może być jedynym uzasadnionym wskazaniem do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim”. Warto jednak zauważyć, że we wspomnianej pracy nie wzięto pod uwagę późnych powikłań dotyczących obu metod porodu oraz wpływu rozwiązania ciąży przez cc na ewentualne wystąpienie nieprawidłowości dotyczących kolejnych ciąży i porodów [30, 31]. Uwzględniając jednak coraz niższą dzietność współczesnych kobiet, które najczęściej nie planują posiadania więcej niż jednego lub dwojga dzieci, rozważanie kwestii kilku kolejnych ciąż może nie znajdować bliższego uzasadnienia.

Depresja oraz zespół stresu pourazowego a rodzaj porodu

Według najważniejszych systemów klasyfikacyjnych depresja poporodowa nie stanowi odrębnej kategorii zaburzeń psychicznych, ale według najnowszej klasyfikacji DSM-5 stanowi ona szczególnie przypadek zaburzeń depresyjnych, które ujawniają się w okresie do czterech tygodni po porodzie [17].

Traumatyczny poród, zakończony procedurami zabiegowymi, takimi jak poród przy użyciu kleszczy położniczych lub próżnościągu, został zakwalifikowany jako jeden z potencjalnych czynników ryzyka rozwoju depresji poporodowej. Jednak przeprowadzone dotychczas badania nie przyniosły jednoznacznych rozstrzygnięć. Z badania Gokera i wsp. (N = 318) wynika, że metoda porodu (tj. cc w trybie nagłym, elektywnym lub spontaniczny poród sn) nie miała wpływu na nasilenie objawów depresji poporodowej [32]. Natomiast z kohortowego badania malezyjskiego (N = 250) wynika, że u kobiet, które rodziły z zastosowaniem procedur zabiegowych w trybie nagłym, dwukrotnie częściej obserwowano depresję poporodową w porównaniu z kobietami, które rodziły w trybie planowym [33]. Największe dotychczasowe badanie dotyczące predyktorów depresji poporodowej przeprowadzono na populacji fińskich kobiet (N = 511422), które rodziły w latach 2002–2010 [34]. W powyższej pracy po raz pierwszy udokumentowano na podstawie tak dużej grupy badanej, że lęk przed porodem stanowi niezależny czynnik predykcyjny występowania depresji poporodowej. Najsilniejszym predyktorem wystąpienia zaburzeń depresyjnych w okresie poporodowym była wcześniejsza diagnoza depresji. Jednak u kobiet, u których wcześniej nie stwierdzano zaburzeń depresyjnych, z wystąpieniem depresji najsilniej korelowało wystąpienie objawów lęku przed porodem, w takim nasileniu, które wymagało interwencji lekarskiej.

Mimo że niepokój towarzyszący oczekiwaniu na poród oraz ból porodowy stanowią doświadczenie uwarunkowane ewolucyjnie, to w sytuacji coraz większej medykalizacji porodu, czy też w przypadku porodów przebiegających z powikłaniami, może przyczynić się do rozwoju objawów stresu pourazowego. W kohortowym badaniu irańskim (N = 400) wykazano, że prawie 1/3 kobiet, które doświadczyły traumatycznego porodu, w okresie ośmiu tygodni od porodu przejawiała objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD), który był uwarunkowany między innymi metodą porodu [35]. Natomiast w nieco wcześniejszym szwedzkim badaniu (N = 1640) wykazano, że objawy stresu pourazowego w odniesieniu do ostatniego porodu obserwowane są u zdecydowanie niższego odsetka kobiet (tj. około 2% badanych) [36]. Łączyły się one z negatywnymi doświadczeniami w zakresie współpracy z personelem położniczym oraz negatywną oceną doświadczenia porodu, natomiast nie badano ich bezpośredniego związku z metodą porodu.

W badaniu Rowlands i Redshaw dokładnie oceniano wpływ metody porodu (ze szczególnym podziałem na poród przebiegający bez powikłań, przy użyciu kleszczy i próżnościągu położniczego oraz el. cc) na dobrostan psychiczny matek (N = 5332) [37]. Zaobserwowano, że najniższy dobrostan psychiczny towarzyszył matkom, które urodziły z zastosowaniem kleszczy położniczych (fd), w porównaniu z kobietami, które urodziły siłami natury lub u których wykonano elektywne cc. Objawy stresu pourazowego obserwowano najczęściej u kobiet, które urodziły przy użyciu fd. Ich objawy miały tendencję do utrzymywania się w czasie kilkumiesięcznej obserwacji po porodzie.

Upośledzenie umysłowe a rodzaj porodu

Upośledzenie umysłowe to według ICD-10 „stan zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, które charakteryzuje się zwłaszcza uszkodzeniem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji – to jest: zdolności poznawczych, ruchowych i społecznych oraz mowy” [16]. Występowanie upośledzenia umysłowego u ciężarnych przygotowujących się do porodu może powodować wątpliwości lekarzy położników, dotyczące możliwości współpracy pacjentki podczas porodu siłami natury oraz zdolności do prawidłowej interpretacji oraz podążania za poleceniami pojawiającymi się w sali porodowej. Niewiele wiadomo na temat uwarunkowań ciąży i porodu kobiet z upośledzeniem umysłowym. Z jednego z nielicznych badań dotyczących kohorty australijskiej wynika, że dzieci matek z upośledzeniem umysłowym mają niższą masę urodzeniową (28%), częściej rodzą się przedwcześnie (22%) oraz wymagają opieki neonatologicznej (2,3%) w porównaniu z dziećmi kobiet zdrowych, lecz nie różnią się w zakresie punktacji w skali Apgar [38]. W badaniu dotyczącym kohorty szwedzkiej (N = 340 620) wyodrębniono grupę 326 kobiet z upośledzeniem umysłowym. Wykazano, że u tych kobiet częściej występują poronienia (tj. 1,2% vs 0,3%) oraz zgony okołoporodowe (perinatal death; 1,8 % vs 0,4%), w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej [39], a ich dzieci rodzą się częściej przez cc, z niższą punktacją w skali Apgar (Apgar < 7 w piątej minucie u 3,7% w porównaniu z 1,5%). Z powyższego badania nie wynika jednak, czy cc

wykonywane u kobiet z tej grupy odbywały się w trybie planowym czy nagłym oraz jakie były powody gorszego stanu noworodków po porodzie. Natomiast autorzy badania podkreślili we wnioskach, że kobiety z upośledzeniem umysłowym znajdują się w grupie ryzyka głębokich powikłań okołoporodowych i wymagają wzmożonej czujności ze strony lekarzy położników [39].

Objawy i zaburzenia psychiatryczne a rodzaj porodu

W jednym z ostatnich badań dotyczących wzorców płodności u osób z zaburzeniami psychicznymi (na przykładzie duńskiej populacji) zaobserwowano, że im cięższe zaburzenia psychiczne były obecne u badanych, tym niższa była ich dzietność [40], zaś najniższa dzietność charakteryzowała osoby z zaburzeniami psychiatrycznymi. Mało wiadomo na temat doświadczeń porodowych osób chorujących na psychozy, ich współpracy w czasie porodu oraz wpływu leków stosowanych w indukcji porodu i wspomaganiu akcji porodowej na nasilenie objawów psychiatrycznych w okresie poporodowym. Wiadomo natomiast, że objawy psychiatryczne występują częściej u kobiet rodzących po raz pierwszy oraz obserwowane są u 1/500 do 1/1000 rodzących [17]. Dodatkowo udowodniono, że porody kobiet obciążonych psychozą znacznie częściej przebiegają z powikłaniami niż porody kobiet z grupy kontrolnej [41]. Natomiast hipotezę, że nieprzewidziane psychiatryczne zachowanie w czasie porodu może warunkować powikłania jego przebiegu pośrednio potwierdzają wyniki badania Sackera i wsp. Wykazano w nim, że ryzyko położniczych komplikacji porodu danego dziecka było wyższe w przypadku, gdy matka cierpiała z powodu schizofrenii, niż w przypadku, gdy na schizofrenię chorował ojciec dziecka [41]. Bardzo ważne wnioski płyną także z analizy badań dotyczących kohorty australijskiej [42]. W badaniu dotyczącym kobiet (N = 222) z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (w tym psychozami) wykazano, że w przypadku takich chorych wielokrotnie częściej stosowano indukcję porodu w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej [42]. Procedura ta zaś była stosowana u pacjentek ze schizofrenią znacznie częściej z przyczyn położniczych, a nie psychiatrycznych (40% vs 15%). Brak jest danych dotyczących kwestii, jak często w Polsce odbierane są porody pacjentek z dodatnim wywiadem w kierunku zaburzeń psychiatrycznych lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Nie wiadomo także, jakie bywają najczęstsze sposoby zakończenia ciąży u chorych z takimi rozpoznaniem. Wydaje się jednak, że ze względu na zwiększone ryzyko rozwoju objawów psychiatrycznych w okresie poporodowym, w przypadku takich chorych, w opiece położniczej należy jak najskuteczniej zapobiegać zarówno powikłaniom okołoporodowym, jak i rozwojowi objawów zaburzeń psychiatrycznych.

W związku z tym, że nadal nie wyjaśniono roli układu oksytocynergicznego oraz wahań stężenia oksytocyny stosowanej w celu indukcji porodu dla rozwoju objawów psychiatrycznych, wskazane wydaje się unikanie stosowania preparatów z grupy ligandów receptora oksytocynowego u kobiet z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych w wywiadzie [43]. Interwencja okołoporodowa z zastosowaniem wlewu z oksytocyny łączy się z raptownym wzrostem, a następnie kaskadowym spadkiem stężenia tej substancji. W okresie wczesnego połogu dołącza się do tego raptowny wzrost stężenia

kortykoliberyny (CRF), estrogenów oraz progesteronu, co tworzy środowisko hormonalne zwiększające ryzyko rozwoju zaburzeń psychotycznych [44].

Opis przypadków klinicznych

Przypadek 1

Pacjentka, lat 32, mężatka, bezdzietna, od dłuższego czasu starająca się o potomstwo, w 26. tygodniu pierwszej ciąży zgłosiła się do psychiatry z powodu lęku przed porodem. Dotychczas nie miała problemów psychologicznych. Ponieważ pracowała w wielospecjalistycznym szpitalu, często była świadkiem opowieści pracowników szpitala o dramatycznym przebiegu porodu czy komplikacjach związanych z ciążą. Ponadto jej znajoma przeszła długi i bardzo bolesny poród. Pacjentka od początku ciąży myślała nie tyle o szczęściu związanym z posiadaniem dziecka, ile o okolicznościach porodu, a przede wszystkim o czekającym ją bólu oraz możliwych komplikacjach dla niej i dla dziecka. W miarę upływu czasu obawy te narastały. Dzielili się nimi z lekarzem ginekologiem, który jednak twierdził, że nie ma się czym martwić. Lekarz ten wiele czasu poświęcał na ocenę jej stanu fizycznego, ale zupełnie nie podejmował tematu czekającego ją porodu, mówiąc, że większość kobiet ma obawy przed porodem. Mniej więcej w połowie ciąży pacjentka zaczęła poruszać temat ewentualnego cięcia cesarskiego, które pozwoliłoby jej uniknąć dolegliwości związanych z porodem naturalnym oraz ewentualnych komplikacji dla dziecka. Lekarz ginekolog stwierdził, że ciąża przebiega prawidłowo i nie ma wskazań do cc. To stanowisko spowodowało znaczny wzrost niepokoju pacjentki. Skarżyła się, że nie może przestać myśleć o czekającym ją porodzie, miała trudności ze snem, w dzień była mało aktywna, odczuwała niepokój, miała zmienny nastrój, często płakała. Mąż starał się ją wspomagać i odwracać jej uwagę od tego tematu, jak i wyręczał ją w pracach domowych. Zgłosiła swój stan lekarzowi ginekologowi, pytając, czy nie może dostać leków na uspokojenie, co spotkało się z odmową lekarza. Ponieważ niepokój, kłopoty ze snem, zmniejszenie apetytu i płaczliwość narastały, pacjentka zgłosiła się do psychiatry z prośbą o pomoc. Stan jej został zakwalifikowany jako zaburzenia lękowe, przy czym ze względu na ciążę lekarz psychiatra odradził leczenie farmakologiczne. Przeprowadził z pacjentką rozmowę, z której wynikało, iż źródłem jej niepokoju jest przede wszystkim obawa przed uciążliwościami (głównie bólem) związanymi z porodem oraz poczucie, że nikt nie traktuje poważnie jej prośby o wykonanie cc. Pacjentka zapytała wprost, czy może otrzymać od psychiatry zaświadczenie, że ze względu na stan jej zdrowia wymagane jest przeprowadzenie cc. Psychiatra zapewnił pacjentkę, iż jej problemy traktuje niezwykle poważnie, że w tej chwili jest zbyt wcześnie, aby decydować o konieczności wykonania cc, ale jeżeli jej stan będzie tego wymagał, to przed terminem porodu takie zaświadczenie wyda. Zalecił też podjęcie psychoterapii (w kierunku poznawczo-behawioralnym) oraz kontrolną konsultację za miesiąc. Pacjentka zgłosiła się po miesiącu z wyraźnie mniejszym nasileniem skarg, ale nadal pełna obaw, czy zaświadczenie otrzyma. Wynikało to także z rozmowy z lekarzem ginekologiem, który podawał w wątpliwość konieczność wykonania cc, jakkolwiek nie negocjował zupełnie

takiej możliwości, o ile przebieg ciąży będzie to uzasadniał. Cztery tygodnie przed przewidywanym terminem porodu pacjentka zgłosiła się do psychiatry, który stwierdził utrzymywanie się niepokoju oraz lęku przed porodem (choć w znacznie mniejszym nasileniu) i wydał jej zaświadczenie, iż z powodu jej stanu zdrowia wskazane jest rozważenie wykonania cc. Po otrzymaniu zaświadczenia od psychiatry pacjentka więcej nie pojawiła się na kontrolną konsultację, należy wobec tego domniemywać, iż jej problem został rozwiązany pomyślnie.

Przypadek 2

Pacjentka, lat 33, mężatka, wykształcenie wyższe. Z wywiadu wynikało, że w przeszłości była leczona psychiatrycznie lekiem przeciwdepresyjnym z grupy SSRI z powodu reakcji depresyjnej obserwowanej w sytuacji mobbingu w miejscu pracy. Od 30 r.ż. była diagnozowana oraz leczona z powodu niepłodności. W diagnostycznym badaniu laparoskopowym rozpoznawano u niej endometriozę oraz niedrożność jajowodów. Ostatecznie zaszła w ciążę w wyniku procedury zapłodnienia pozaustrojowego (intracytoplazmatycznej iniekcji plemnika IVF-ICSI). Ciąża przebiegała bez komplikacji, aż do 33. tygodnia, kiedy rozpoznano u ciężarnej nadciśnienie indukowane ciążą. Zastosowano typowe leczenie metyldopą, uzyskując dobrą kontrolę ciśnienia tętniczego. W 36. tygodniu ciąży do objawów nadciśnienia tętniczego dołączył białkomocz. Z uwagi na pogarszanie się w kolejnych dobach parametrów dobrostanu płodu zdecydowano o indukcji porodu w 37. tygodniu ciąży. Pacjentka była przekonana, że poród przez cesarskie cięcie byłby bardziej bezpieczny dla niej i dla dziecka. Prosiła więc lekarza prowadzącego o przeprowadzenie takiej procedury. Jednak wyrównana postać nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą nie została uznana przez lekarzy oddziału patologii ciąży jako bezwzględne wskazanie do porodu przez cc. Personel położniczy zdecydował o indukcji porodu siłami natury. W tym czasie nasiliły się objawy lękowe oraz bezsenność u pacjentki. Jednak zostało to zinterpretowane jako fizjologiczny niepokój sytuacyjny towarzyszący ostatnim dobom przed porodem. Chora nie była konsultowana psychiatrycznie ze względu na brak możliwości takiej konsultacji w szpitalu, w którym rodziła. Poród przebiegał z komplikacjami i ostatecznie zakończono go procedurą zabiegową z zastosowaniem kleszczy położniczych z uwagi na zagrożenie przedwczesnym oddzieleniem łożyska oraz brak postępu akcji porodowej w drugiej fazie porodu. Dziecko urodziło się z objawami umiarkowanej zamartwicy urodzeniowej (punktacja Apgar – pięć punktów). Przebywało przez kilka tygodni na oddziale intensywnej terapii noworodka. Po wypisie noworodek pozostawał od początku pod opieką neurologiczną, a od ósmego tygodnia życia był rehabilitowany ruchowo. Od czasu traumatycznego dla pacjentki przebiegu porodu obserwowano u niej stopniowy rozwój objawów lęku, obniżony nastrój, trudności z zasypianiem i utrzymaniem snu. Pacjentka niepokoiła się o stan zdrowia dziecka, obawiała się następstw niedotlenienia okołoporodowego oraz ostatecznej oceny stanu neurologicznego niemowlęcia. Czuła, że personel położniczy nie dołożył należnych starań w czasie prowadzenia akcji porodowej. Planowała wszczęcie sprawy o błąd w sztuce lekarskiej oraz odszkodowanie z tego tytułu. Żałowała,

że nie była bardziej stanowcza wobec personelu położniczego w domaganiu się przeprowadzenia cięcia cesarskiego. Obwiniła się, że bardziej zaufała personelowi niż własnej intuicji. W związku z nasileniem się objawów depresji z silnym lękiem oraz bezsennością zdecydowano o zastosowaniu terapii escitalopramem, a chora prze-rwała karmienie piersią. Została też skierowana na psychoterapię wspierającą. Przez kolejne kilkanaście miesięcy po porodzie chora wielokrotnie przeżywała na nowo wszystkie okoliczności pobytu na oddziale patologii ciąży, odmowę wykonania cięcia cesarskiego przez lekarzy oraz brak należytej staranności personelu położniczego podczas prowadzenia porodu siłami natury. Treści powiązane z wydarzeniami z sali porodowej wielokrotnie powracały w marzeniach sennych pacjentki oraz stanowiły temat powracających ruminacji. Dodatkowo w okolicznościach przypominających o traumatycznym porodzie pojawiały się u chorej napady paniki. Pacjentka unikała też dzielnicy, w której znajdował się szpital położniczy, w którym urodziła dziecko. Miała problemy z zasypianiem oraz często się wybudzała. Przez kolejne kilka lat była leczona psychiatrycznie z powodu objawów – początkowo zaburzenia depresyjnego, a następnie zaburzenia stresowego pourazowego. Przyjmowała leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, początkowo wspomniany już escitalopram w dawce 10 mg, a od drugiego roku terapii sertralinę w dawce maksymalnej 100 mg/dobę. Objawy zespołu stresu pourazowego miały tendencję do ustępowania w trzecim–czwartym roku od porodu.

Dyskusja i podsumowanie

Powyżej zaprezentowano dwa przypadki zaburzeń psychicznych, których rozwój związany był bezpośrednio z okolicznościami i rodzajem metody porodu.

W przypadku pierwszym obserwowano objawy silnego lęku przed porodem, który można zakwalifikować jako tokofobię pierwotną w ujęciu Hofberg [15]. W przypadku opisywanej pacjentki rozwój patologicznego lęku przed doświadczeniem porodu łączył się ze szczególnym rodzajem wykonywanych przez nią czynności zawodowych. Pacjentka przez wiele lat miała kontakt z pracownikami wieloprofilowego szpitala, w którym znajdował się oddział ginekologiczno-położniczy. Z częstych relacji знаła różne sytuacje związane z komplikacjami okołoporodowymi, a jednocześnie nie miała wystarczającej wiedzy medycznej, aby zrozumieć uwarunkowania kliniczne takich powikłań. Porody, o których słyszała, interpretowała jako brutalne zdarzenia, którym nadawała znaczenie bliskie tortur i niewyobraźalnego cierpienia.

Chociaż nigdy wcześniej nie rodziła, to wielokrotne współuczestniczenie jako świadek porodów przebiegających z komplikacjami, zakończonymi niepełnosprawnością noworodków, spowodowały że doświadczała objawów lękowych mogących sugerować objawy PTSD. Objawy lękowe zaostrzyły się w sytuacji, gdy oczekiwała na narodziny własnego dziecka. Pacjentka obawiała się nie tyle bólu i cierpienia fizycznego związanego z narodzinami dziecka, ile powikłań okołoporodowych, które mogą spowodować niedotlenienie lub uraz zagrażający noworodkowi. Podjęta próba zmniejszenia lęku przed porodem poprzez zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej nie okazała się tak skuteczna jak przyzwolenie na zakończenie ciąży

w wybrany przez pacjentkę sposób. Można nawet stwierdzić, że samo potwierdzenie przez psychiatrę wskazań do cc, w sytuacji braku takiego przyzwolenia ze strony prowadzącego ciążę lekarza położnika, okazało się decydujące dla postępowania terapeutycznego.

W przypadku drugiej z opisywanych pacjentek objawy lęku przed porodem nie były na tyle silne, aby pacjentka bezwarunkowo dążyła do rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie. Natomiast w związku z okolicznościami traumatycznego porodu, którego doświadczyła, rozwinęły się u niej objawy zaburzeń depresyjnych, a w dalszej obserwacji przewlekły zespół stresu pourazowego.

Prezentowane przez pacjentkę objawy przypominały symptomy wtórnej postaci tokofobii (w ujęciu Hofberg) [15].

W związku z tym, że u chorej obecne były w wywiadzie zaburzenia depresyjne, nie można wykluczyć, że istniało u niej zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Jednak poza objawami depresyjnymi u chorej obserwowano typowe objawy PTSD, dotyczące przeżywania na nowo doświadczonego urazu w natrętnych reminiscencjach. Poza tym doświadczała napadów paniki w sytuacjach przypominających okoliczności traumatycznego porodu i jego miejsce. Chora obwiniła się także, że nie miała wystarczającego wpływu na wybór metody porodu. Dodatkowo uważała, że postępowanie medyczne, które jej zaproponowano, doprowadziło do powikłań dla zdrowia dziecka, którym mogła zapobiec, gdyby była bardziej stanowcza.

Oba przypadki ilustrują potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na to, że lęk przed porodem może mieć istotne znaczenie dla ustalania wskazań do cc nawet wówczas, gdy biologiczne uwarunkowania przebiegu ciąży tego nie sugerują. Odmowa wykonania cc może skutkować tym, iż lęk przed porodem może powodować konkretne następstwa biologiczne, jak zwiększone ryzyko rozwoju depresji poporodowej, a także medyczne powikłania okołoporodowe. W największym badaniu dotyczącym tego zagadnienia potwierdzono, że lęk przed porodem w nasileniu, które wymagało interwencji medycznej, stanowi istotny predyktor rozwoju depresji poporodowej [34]. We wspomnianym już badaniu Hofberg i Brockington również potwierdzono, że brak przyzwolenia na współuczestniczenie pacjentki w decyzjach dotyczących metody porodu oraz/lub odmowa wykonania cięcia cesarskiego wpływa na zwiększone ryzyko rozwoju depresji poporodowej oraz PTSD [28]. Na podstawie wyników obu prezentowanych badań można założyć, że u kobiet doświadczających silnego lęku przed porodem umożliwienie im porodu przez cięcie cesarskie może stanowić czynnik prewencyjny przed zaburzeniami depresyjnymi w okresie poporodowym.

Nie mniej ważna kwestia konkretnych następstw biologicznych tokofobii dotyczy stanu zdrowia noworodków, urodzonych przez ciężarne z wysokim poziomem lęku (jako przejawu tokofobii lub innych zaburzeń psychicznych). Wykazano, że u kobiet z tokofobią obserwuje się wydłużenie o ok. 1/3 zarówno pierwszego, jak i drugiego okresu porodu [14]. Wydłużenie porodu może bezpośrednio wpływać na cechy dobrostanu płodu oraz zwiększać ryzyko konieczności zastosowania procedur zabiegowych (próznociągu lub kleszczy położniczych) albo przeprowadzenia cięcia cesarskiego w trybie nagłym, co łączy się dużym prawdopodobieństwem urazów okołoporodowych.

Na podstawie analizy przedstawionych przypadków oraz przytoczonych danych literaturowych można wyróżnić dwie grupy uwarunkowań dotyczących wskazań psychiatrycznych do porodu poprzez cięcie cesarskie.

Pierwsza grupa wskazań może wylaniać się z dodatniego wywiadu w kierunku obecności zaburzeń psychicznych lub nawet bezpośredniej obserwacji zmienionego w przebiegu choroby psychicznej zachowania ciężarnej, mającego miejsce podczas całego przebiegu ciąży lub też w okresie bezpośrednio poprzedzającym poród. Niedostosowane zachowanie chorych z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (np. psychotycznymi lub afektywnymi, ale także z upośledzeniem umysłowym) może powodować wątpliwości lekarzy położników odnośnie do poziomu współpracy takich pacjentek podczas porodu. W opisywanym przypadku opinia psychiatry może dotyczyć przede wszystkim oceny zdolności współpracy rodzącej z personelem położniczym podczas porodu siłami natury. Na poziomie tej współpracy może wpływać rodzaj schorzenia psychiatrycznego oraz jego nasilenie. W przypadku ciężkich zaburzeń psychicznych (jak zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe o głębokim nasileniu) poród przez cesarskie cięcie może powodować poprawę kontroli przebiegu porodu i zapobiegać rozwojowi powikłań okołoporodowych wynikających z wydłużenia kolejnych okresów porodu poprzez nieumiejętną współpracę rodzącej lub nieprzewidziane zaostrenie objawów zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym.

Druga grupa wskazań dotyczy występowania u ciężarnej silnego lęku przed porodem (tokofobii), lęku odzwierciedlającego obecność innych rodzajów zaburzeń lękowych (np. zaburzenia lękowego uogólnionego, zaburzenia lękowego z napadami lęku) lub lęku występującego w przebiegu zaburzeń depresyjnych. W literaturze nie scharakteryzowano dotychczas postaci tokofobii, której objawy mogłyby zostać skutecznie zredukowane przez interwencje psychoedukacyjne lub psychoterapeutyczne. W Polsce w tym celu wykorzystuje się programy psychoedukacyjne oferowane przez szkoły rodzenia. Najbardziej praktyczne wskazówki dotyczące charakterystyki tokofobii, która miałaby stanowić bezwzględne wskazania do rozwiązania ciąży przez cc, zostały opublikowane w 2013 r. w wytycznych National Institute of Health and Care Excellence (NICE) z Wielkiej Brytanii [3]. Według wspomnianych standardów klinicznych każda kobieta ciężarna zgłaszająca objawy lęku przed porodem powinna zostać skonsultowana przez specjalistę z zakresu zdrowia psychicznego, ciąży i położu. Zaś przed skierowaniem na taką konsultację powinna mieć możliwość omówienia wszystkich uwarunkowań medycznych odnośnie do obu metod porodu [3]. Jeśli po odbyciu cyklu spotkań psychoedukacyjnych ciężarna z objawami tokofobii nadal nie wyraża zgody na poród siłami natury, to według wytycznych NICE ciąża powinna zostać zakończona przez cc [47].

Brak jest polskich danych na temat preferowanych sposobów ukończenia ciąży u kobiet z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (schizofrenią, psychozami innego rodzaju czy chorobą afektywną dwubiegunową). Wykazano jednak, że u kobiet ze schizofrenią istnieje znacznie zwiększone ryzyko powikłań zarówno ciąży, jak i porodu. Udowodniono także, że komplikacje okołoporodowe stanowią jeden z czynników warunkujących zwiększenie ryzyka zachorowania na schizofrenię [45]. Nie wiadomo zatem, czy narażanie kobiet wcześniej leczonych z powodu psychozy na komplikacje

okołoporodowe wiążące się ze współczesną głęboką „medykalizacją porodu” drogą pochwową (np. poprzez stosowanie indukcji porodu) nie zwiększa ryzyka rozwoju objawów psychotycznych u dzieci rodzących się w wyniku takich procedur. Dodatkowo udowodniono, że same ciąży kobiet wcześniej leczonych z powodu psychozy niosą za sobą dwukrotnie zwiększone ryzyko powikłań ciąży i porodu (pod postacią przedwczesnego porodu oraz niskiej masy urodzeniowej noworodków) [46]. Zatem pacjentki z dodatnim wywiadem w kierunku psychozy wymagają wzmoczonej uwagi zarówno ze strony psychiatrów, jak i ginekologów położników.

Dalszych badań wymaga także kwestia wpływu porodów zabiegowych lub porodów siłami natury powikłanych ciężkim stanem noworodków na występowanie poporodowych zaburzeń psychicznych u kobiet, które planowały urodzić poprzez elektywne cc, a które nie zostały zakwalifikowane do takich zabiegów.

Wnioski oraz propozycja psychiatrycznych rekomendacji klinicznych do rozwiązania ciąży za pomocą elektywnego cięcia cesarskiego

1. Lęk przed porodem, a także związane z nim uwarunkowania psychologiczne i psychiatryczne mogą stanowić bardzo istotną kwestię związaną z planowaniem metody porodu.
2. Prowadzenie ciąży kobiet z objawami zaburzeń psychicznych wymaga ścisłej współpracy ginekologów położników z psychiatrami wyspecjalizowanymi w tematyce zaburzeń psychicznych związanych ze stanem somatycznym. Współpraca taka powinna prowadzić do wypracowania wyważonego postępowania mającego na celu zapobieganie zarówno położniczym, jak i psychiatrycznym powikłaniom podczas prowadzenia ciąży i porodu kobiet doświadczających silnych objawów lękowych lub innych objawów zaburzeń psychicznych.
3. W przypadku ciężarnych z zaburzeniami psychicznymi w wywiadzie decyzja o rodzaju porodu powinna zostać poprzedzona konsultacją psychiatryczną.
4. W ostatnich wytycznych NICE usankcjonowano wskazania do elektywnego cięcia cesarskiego u kobiet doświadczających „patologicznego lęku przed porodem” w przypadku braku zgody ciężarnej na poród sn. Warunkiem dopuszczającym do takiej procedury stało się odbycie cyklu spotkań psychoedukacyjnych oraz szczegółowe omówienie z ciężarną kwestii medycznych związanych z obiema formami porodu [2, 43].
5. Znaczne nasilenie tokofobii oraz historia leczenia psychiatrycznego z powodu depresji w wywiadzie mogą stanowić czynniki ryzyka rozwoju depresji poporodowej oraz PTSD. Dlatego odmowa porodu sn przez pacjentki z wyżej wymienionymi zaburzeniami może stanowić istotne wskazanie psychiatryczne do elektywnego cc.
6. W przypadku ciężarnych z zaburzeniami psychotycznymi elektywne cc może stanowić metodę porodu z wyboru, przy założeniu, że ryzyko ewentualnych powikłań okołoporodowych przy porodzie sn może w późniejszym okresie dodatkowo zwiększać ryzyko rozwoju psychozy u dzieci urodzonych z takich porodów. W związku z tym, że nadal niejasny jest wpływ oksytocyny stosowanej w okresie okołoporodowym na ewentualne poporodowe zaostrzenie psychozy u rodzących

- z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych w wywiadzie, w przypadku takich pacjentek należy unikać indukcji porodu za pomocą oksytocyny.
7. Ciężarne z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka powikłań okołoporodowych. Wymagają zatem wzmożonej uwagi ze strony położników, zaś rozpoznanie upośledzenia umysłowego może stanowić wskazanie do elektywnego cc.

Piśmiennictwo

1. Troszyński M. *Umieralność okołoporodowa wczesna (0-6) płodów i noworodków Polska – 2010 oraz 1999-2010*. Warszawa: Materiały Instytut Matki i Dziecka; 2010.
2. Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz skutkach stosowania w roku 2012 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa; 2014.
3. National Institute of Health and Care Excellence. *NICE Quality Standard [QS 32]*. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs32/chapter/introduction-and-overview> [dostęp: 27.01.2016].
4. *OECD Indicators. Health at a Glance*, OECD Publishing; 2011. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-37-en [dostęp: 27.01.2016].
5. *OECD Indicators. Health at a Glance*, OECD Publishing; 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-39-en [dostęp: 27.01.2016].
6. Sydsjö G, Möller L, Lilliecreutz C, Bladh M, Andolf E, Josefsson A. *Psychiatric illness in women requesting caesarean section*. BJOG; 2014; 122(3): 351–357.
7. Gunnervik C, Sydsjö G, Sydsjö A, Selling K, Josefsson A. *Attitudes towards caesarean section in a nationwide sample of obstetricians and gynecologists*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2008; 87: 438–444.
8. Florica M, Stephansson O, Nordström L. *Indications associated with increased caesarean section rates in a Swedish hospital*. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2006; 92: 181–185.
9. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. *Women's fear of childbirth and preference for caesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2009; 88: 807–813.
10. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. *What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section?* Scand. J. Public Health 2009; 37: 364–371.
11. Mozzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sanchez AJ. *Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. BJOG 2011; 118: 391–399.
12. Poręba R, Brazert J, Chazan B, Czajkowski K, Dębski R, Drews K. *i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cięcia cesarskie*. Ginekol. Pol. 2008; 79: 378–384.
13. Słomko Z, Poręba R, Drews K, Niemiec K. *Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia cesarskiego*. Ginekol. Położ. 2006; 2(2): 7–22.
14. Saisto T, Halmesmaki E. *Fear of childbirth: a neglected dilemma*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2003; 82: 201–208.
15. Hofberg K, Brockington IF. *Tokophobia: an unreasoning fear of childbirth*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 83–85.

16. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPIŃ; 2000.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
18. Cekański A. *Tokofobia. Lęk przed porodem naturalnym – prośba o cięcie cesarskie*. Przegl. Ginekol. Położ. 2009; 9: 31–33.
19. Billert H. *Tokofobia – problem multidyscyplinarny*. Ginekol. Pol. 2007; 78: 807–811.
20. Clement S. *Psychologiczne aspekty cięcia cesarskiego*. Med. Prakt. Ginekol. Pol. 2002; 5–6: 155–166.
21. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. *Mental health problems common in women with fear of childbirth*. BJOG 2011; 118: 1104–1111.
22. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. *Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003; 189: 148–154.
23. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. *Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history*. BJOG 2009; 11(1): 67–73.
24. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. *Women’s fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2009; 88(7): 807–813.
25. Mojs E, Czarnecka-Iwańczuk M, Głowacka MD. *Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym porożu – doniesienie wstępne*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 31–40.
26. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. *Personality and fear of childbirth*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2007; 86(7): 814–820.
27. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. *Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women: a randomised trial*. BJOG; 2013; 120(1): 76–84.
28. Hofberg K, Brockington IF. *Tokofobia: an unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 83–85.
29. Pomorski M, Woytoń R, Woytoń P, Kozłowska J, Zimmer M. *Cięcia cesarskie a porody silami natury – aktualne spojrzenie*. Ginekol. Pol. 2010; 81: 347–351.
30. Kamara M, Henderson JJ, Doherty DA, Dickinson JE, Pannel CE. *The risk of placenta accrete following primary elective caesarean delivery: a case control study*. BJOG 2013; 120: 879–886.
31. Clark EA, Silver RM. *Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2011; 205: S2–S10.
32. Goker A, Yanikkerem E, Murat-Demet M, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. *Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?* ISNR Obstet. Gynecol. 2012; 2012: 616759.
33. Koo V, Lynch J, Cooper S. *Risk of postnatal depression after emergency delivery*. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2003; 29(4): 246–250.
34. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. *Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511422 singleton birth in Finland*. BMJ Open 2013; 3: e004047.
35. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. *Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms*. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 88.

36. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. *Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study*. J. Anxiety Disord. 1997; 11: 587–597.
37. Rowlands IJ, Redshaw M. *Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period*. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 138.
38. McConnell D, Mayes R, Llewellyn G. *Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes*. J. Intellect. Disabil. Res. 2008; 52: 529–535.
39. Glund B, Lindgren P, Larsson M. *Newborn of mothers with intellectual disability have higher risk of perinatal death and being small for gestational age*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012; 91: 1409–1414.
40. Laursen TM, Munk-Olsen T. *Reproductive patterns in psychotic patients*. Schizophr. Res. 2010; 121(1–3): 234–240.
41. Sacker A, Done D, Crow T. *Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: A meta-analysis of case-control studies*. Psychol. Med. 1996; 26: 279–287.
42. Frayne J, Lewis L, Allen S, Hauck Y, Nguyen T. *Severe mental illness and induction of labour: outcomes for women at a specialist antenatal clinic in Western Australia*. Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2014; 54(2): 132–137.
43. Holka-Pokorska J, Jarema M. *Oksytocynowy model powstawania objawów psychiatrycznych a implikacje dla badań nad rolą układu oksytocynergicznego w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 19–33.
44. Kulkarni J, Fitzgerald P, Bailey M. *Estrogen in severe mental illness. A potential new treatment approach*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65(8): 955–960.
45. Suvisaari JM, Taxel-Lassas V, Pankakoski M, Haukka JK, Lonnquist JK, Hakkinen LT. *Obstetric complications as risk factors for schizophrenia spectrum psychoses in offspring of mothers with psychotic disorder*. Schizophr. Bull. 2013; 39: 1056–1066.
46. Nilsson E, Lichtenstein P, Cnattingius S, Murray RM, Hultman CM. *Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring*. Schizophr. Res. 2002; 58 (2–3): 221–229.
47. Subair S, Osbourne A, Wilson S. *PLD.50 Maternal Request Caesarean Section: 2 NICE Pathways?* Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 2014; 99(supl. 1): A121.

Adres: Justyna Holka-Pokorska
III Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 13.03.2015
Zrecenzowano: 14.04.2015
Otrzymano po poprawie: 5.05.2015
Przyjęto do druku: 7.05.2015