

KAROLINA MALISZEWSKA, KRZYSZTOF PREIS

TERAPIA DEPRESJI POPORODOWEJ – AKTUALNY STAN WIEDZY

THE THERAPY FOR POSTPARTUM DEPRESSION – THE CURRENT STATE OF KNOWLEDGE

Klinika Położnictwa Katedry Perinatologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: prof. dr hab. med. Krzysztof Preis

Publikacja ta ma celu podsumowanie dotychczasowych osiągnięć naukowych w leczeniu depresji poporodowej. Temat ten jest często poruszany w literaturze, jednak dotychczas nie stworzono jednoznacznego modelu postępowania w przypadku stwierdzenia tego zaburzenia. W terapii depresji poporodowej stosuje się psychoterapię, która ma zastosowanie w przypadkach o lekkim i umiarkowanym nasileniu, oraz środki farmakologiczne – w epizodzie ciężkiej depresji.

Baza Pubmed została przeszukana od 2000 do 2014 roku przy użyciu haseł „depression”, „baby blues”, „postnatal”, „perinatal”, „postpartum”, „mood”, „depresja”, „poporodowa”, „okołoporodowa”, „SSRI”, „farmakoterapia” w różnych kombinacjach. Pod uwagę wzięto artykuły jedynie w języku angielskim i polskim.

Ciąża i poród to okres wielkich zmian oraz jeden z najważniejszych momentów w życiu kobiety. Czas ten przynosi nie tylko miłość i satysfakcję, składa się również z adaptacji do trudnych sytuacji, rozczarowań, chronicznego zmęczenia, problemów somatycznych i psychicznych dotyczących matki, dziecka i innych członków rodziny. W badaniach stwierdza się, iż 90% kobiet przeżywa swoje macierzyństwo inaczej niż przewidywały. Stwierdzono, iż zaburzenia emocjonalne pojawiają się w tym czasie zdecydowanie częściej niż w innych okresach życia kobiety, znacznie częściej po porodzie niż w ciąży. Najczęstszym stanem jest baby blues syndrome – smutek okołoporodowy. Pojawia się u ok. 80% kobiet po 2–5 dniach od porodu i zanika po 2 tygodniach. Można to traktować jako zmianę typową. Około 10–25% położnic cierpi na depresję poporodową, która pojawia się 4–8 tygodni, a według niektórych autorów nawet do 3 miesięcy, po porodzie. Trwa około 6 miesięcy. Prawdopodobieństwo to rośnie, jeśli u kobiet w wywiadzie stwierdza się depresję (do 25%), baby blues syndrome lub depresję okołoporodową (do 50%). Depresja w tym okresie, oprócz objawów typowo

depresyjnych, charakteryzuje się poczuciem winy z powodu niewydolności w opiece nad dzieckiem, przekonaniem o braku predyspozycji do bycia matką (zwłaszcza przy problemach z karmieniem piersią, z powodu silnego stereotypu dobrej matki – matki karmiącej piersią). Matka może odczuwać wrogość do własnego dziecka i mieć myśli o jego skrzywdzeniu, skarżyć się na niską samoocenę, płacliwość, trudność w podejmowaniu decyzji. Skrajną postacią omawianych zaburzeń są psychozy poporodowe występujące u 0,1–0,2% matek. U pacjentek stwierdza się omamy i halucynacje, dezorientację, zaburzenia świadomości. Etiologia i patomechanizmy okołoporodowych zaburzeń afektu, podobnie jak innych zaburzeń afektywnych, pozostają do końca niewyjaśnione [3, 8].

W 1987 roku stworzono test skринingowy określający prawdopodobieństwo wystąpienia depresji okołoporodowej – Edynburską Skalą Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS). Jest to zestaw 10 pytań, w którym można zdobyć maksymalnie 30 punktów, a już 10 punktów lub pozytywne zaznaczenie odpowiedzi odnoszących się do chęci samookaleczenia przyjmowane jest jako dolna granica dla prawdopodobieństwa wystąpienia depresji poporodowej. Taki wynik wymaga wnikliwej oceny klinicznej stanu psychicznego badanej [5].

Leczenie depresji poporodowej polega na stosowaniu środków farmakologicznych oraz psychoterapii, które zostały omówione poniżej. Specjalistycznej pomocy może udzielić każda kompetentna osoba, np. lekarz rodzinny, lekarz ginekolog-położnik, położna, ale przede wszystkim psycholog, psychoterapeuta lub psychiatra. Psychoterapia ma zastosowanie w przypadkach o lekkim i umiarkowanym nasileniu, pomoc psychiatryczna wsparta zastosowaniem środków farmakologicznych – w ciężkiej depresji poporodowej. Bardzo duże znaczenie ma w tym kontekście również wsparcie społeczne oraz rodzina.

Psychoterapia to rozległy obszar wiedzy, w której bardzo ważne są podstawy teoretyczne i koncepcje psychologiczne. W okołoporodowych zaburzeniach nastroju polecana jest psychoterapia w nurcie interpersonalnym lub poznawczo-behawioralnym.

Z poznawczego punktu widzenia genezę depresji rozpatrują m.in. poznawczy model Aaron Becka oraz model wyuczony bezradności Martina Seligmana. Beck w 1967 stworzył model negatywny myśli, w którym kluczową rolę odgrywają triada poznawcza oraz błędy logiczne. Negatywna triada poznawcza to nieprawidłowy sposób myślenia, który wywodzi się z negatywnej oceny samego siebie, negatywnej oceny własnej przeszłości oraz terażniejszości, oraz przewidywanych negatywnych zdarzeń w przyszłości. Do błędów logicznych zaliczone są np.: wyciąganie arbitralnych wniosków bez wystarczającej ilości przesłanek; selektywna uwaga, skupiająca się tylko na jednym elemencie sytuacji; personalizacja – obwinianie siebie; nadmierna generalizacja. Seligman zwrócił uwagę na wadliwe myślenie atrybucyjne, czyli przypisywanie sobie winy, a czynnikiem zewnętrznym – sukcesów. Psychoterapia poznawcza opiera się na modelu Becka i koncentruje się na wykrywaniu nieprawidłowych myśli automatycznych oraz konfrontowaniu ich z rzeczywistością. Zazwyczaj łączy się ją z podejściem behawioralnym, którego podstawą jest trening zachowań chorego, np. tworzenie dziennego planu aktywności, zwiększenie aktywności dających przyjemność. Głównym zamiarem terapii jest wzmocnienie przekonań pacjenta, iż poprawa nastroju wynika z nabycia pewnych umiejętności oraz rozwoju własnych możliwości, a nie dzięki wpływowi terapeuty. Bardzo ważnym aspektem psychoterapii jest trening społecznych umiejętności, kiedy pacjent trenuje zachowania i procesy poznawcze ułatwiające funkcjonowanie w społeczeństwie. Kolejny nurt psychoterapii to podejście interpersonalne. Podejście to bazuje na teoriach Adolfa Meyera i

Harry'ego Sullivana, według których genezą zaburzeń psychicznych jest próba przystosowania jednostki do otoczenia, które nie sprzyja prawidłowemu jej funkcjonowaniu. Bliskie, intymne relacje interpersonalne mają pozytywny wpływ na jednostkę. Podczas psychoterapii pacjent stara się rozwiązać swoje problemy relacyjne z innymi ludźmi, zredukować stres, zmniejsza swą zależność od innych, innymi słowy likwiduje nieprzyjemne objawy oraz modyfikuje społeczne zależności. Psychoterapia może być zarówno indywidualna, jak i grupowa [6].

Przeprowadzano liczne badania oceniające efekty psychoterapii w leczeniu depresji poporodowej. O'Hara i in. badała skuteczność terapii interpersonalnej [10]. W badaniu wzięło udział 120 kobiet, u których stwierdzono epizod dużej depresji według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV), a w Skali Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) uzyskały co najmniej 12 punktów. Pełny udział udało się uzyskać w przypadku 99 kobiet. Zostały zakwalifikowane w sposób zrandomizowany do grupy 12-tygodniowej terapii interpersonalnej lub do grupy kontrolnej – oczekującej. Główne problemy tych kobiet to konflikty z partnerem lub rodziną, zmiana roli w rodzinie lub pracy oraz poczucie smutku i straty w przypadku straty ciąży/dziecka lub innej osoby znaczącej w wywiadzie. Badacze otrzymali następujące wyniki. W grupie badanej osiągnięto zmniejszenie objawów depresji. W teście HDRS wyniki obniżyły się z 19,4 do 8,3 punkta (w grupie kontrolnej z 19,8 do 16,8); w Inwentarzu Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI): z 23,6 do 10,6 punkta (w grupie kontrolnej z 23,0 do 19,2). Różnice te w przypadku obydwu testów były istotne statystycznie ($p=0,003$ dla HDRS; $p<0,001$ dla BDI). Remisja (definiowana jako mniej niż 6 punktów w HDRS oraz mniej niż 6 punktów w BDI) wystąpiła znacząco częściej w grupie poddanej psychoterapii (37,5% vs. 13,7% w HDRS i 43,8% vs. 13,7% w BDI). Co więcej, uczestniczki psychoterapii znacząco częściej podawały poprawę w ich funkcjonowaniu społecznym [10]. W kolejnej publikacji Spinelli przeprowadził badanie porównujące efekty leczenia kobiet z depresją przedporodową, które wzięły udział w psychoterapii interpersonalnej lub programie kontrolnym – szkole rodzica. Do tego badania zakwalifikowano 50 kobiet, u których stwierdzono dużą depresję według kryteriów DSM-IV, 38 z nich ukończyło badania. Nastroj mierzony był przy pomocy EPDS, BDI, HDRS, zaś poprawa stanu przy pomocy skali Ogólnego Wrażenia Klinicznego (Clinical Global Impression Scale – CGI) oraz testu HDRS. W grupie psychoterapii interpersonalnej stwierdzono statystycznie istotną poprawę nastroju we wszystkich podanych skalach, zaś remisję stwierdzano u 60% kobiet. Dodatkowo potwierdzono korelację pomiędzy nastrojem matki a interakcją matka-dziecko [17]. Misri i in. porównała efektywność farmakoterapii oraz farmakoterapii w połączeniu z psychoterapią poznawczo-behawioralną. Do badania włączono 35 kobiet ze stwierdzoną depresją poporodową oraz zaburzeniami lękowymi, które w sposób zrandomizowany zostały przydzielone do grupy monoterapii paroksetyną lub grupy paroksetyny połączonej z 12 sesjami psychoterapii. Dodatkowo, zastosowano metodę ślepej próby, gdyż psychiatra, który oceniał postępy przy pomocy testów psychologicznych (wykorzystano: HDRS, Skalę Obsesji i Kompulsji Yale-Brown, CGI, EPDS), nie wiedział, w której grupie znajdują się pacjentki. W obydwu grupach stwierdzono statystycznie istotną poprawę w zakresie odczuwania objawów nastroju i lęku ($p<0,01$). Nie stwierdzono różnic międzygrupowych w zakresie czasu potrzebnego do osiągnięcia poprawy, pomiarów psychometrycznych, końcowej dawki paroksetyny. Potwierdzono skuteczność obydwu interwencji, ale nie potwierdzono zwiększonej efektywności w przypadku połączeniu tych metod [9]. W artykule poglądowym Stuart i Koleva [18] dokonali

przeglądu badań dotyczących psychoterapii stosowanej w depresji poporodowej. W okołoporodowej depresji o lekkim lub umiarkowanym natężeniu zaleca się zastosowanie tej formy leczenia w pierwszym rzucie zamiast farmakoterapii, zaś celem jest uzyskanie remisji. W tej metodzie unika się przede wszystkim objawów niepożądanych leków. Przeprowadzono wiele badań, w których potwierdzono skuteczność tego postępowania, jednak często są one obciążone licznymi ograniczeniami. I tak, terapia indywidualna wydaje się mieć lepsze efekty niż terapia grupowa, zaś najefektywniejsze wydają się być terapia poznawczo-behawioralna oraz interpersonalna, z nieznaczną przewagą tej drugiej. Profesjonalnie przeprowadzona psychoterapia i interwencje psychospołeczne obniżają o 30% nasilenie objawów depresji poporodowej. W innym badaniu stwierdzono większą skuteczność tego postępowania w okresie pólgu niż przedporodowym. W publikacjach, w których zastosowano interwencje w zakresie od psychoterapii poznawczo-behawioralnej lub psychodynamicznej, poradnictwa grupowego lub indywidualnego do poradnictwa w podstawowej opiece zdrowotnej, nie stwierdzono przewagi żadnej z tych metod, jedynie korzyść z zastosowania jakiegokolwiek działania. W literaturze znaleźć można doniesienia o skuteczności terapii interpersonalnej w zapobieganiu wystąpienia depresji poporodowej. Kolejnym aspektem zastosowania psychoterapii są czynniki ograniczające jej skuteczność. Autorzy publikacji wyliczają brak zaufania do profesjonalistów, zbyt małe zaangażowanie i niestosowanie się do zaleceń psychiatrów przez pacjentki, co skutkuje częstszą rezygnacją z psychoterapii. Dodatkowymi przeszkodami są trudności finansowe oraz logistyczne. Przeprowadzono zbyt mało badań mających na celu weryfikację tego problemu, aby wyciągnąć wnioski. Warto nadmienić, iż wprowadza się pionierskie terapie przy użyciu mediów, np. telefonu lub Internetu. Większość badań charakteryzowała się nieściślościami metodologicznymi, małymi próbami, brakiem jednolitych kryteriów potwierdzających depresję lub brakiem grupy kontrolnej. W konkluzji autorzy stwierdzają, że psychoterapia jest korzystna w leczeniu i zapobieganiu depresji okołoporodowej. Nurt interpersonalny przynosi efekty w obydwu tych aspektach, zaś poznawczo-behawioralny jako metoda prewencyjna. Psychoterapia powinna być dopasowana do potrzeb populacji, która ma ją otrzymać, w tym wypadku do kobiet przed lub po porodzie. Użycie mediów takich jak Internet lub telefon wydaje się również obiecujące. Dodatkową korzyścią opisywanego postępowania jest możliwość łączenia go z farmakoterapią [18].

Leczenie farmakologiczne jest standardowym postępowaniem w depresji. Środki przeciwdepresyjne są lekami psychotropowymi, o różnych mechanizmach działania. Do najbardziej znanych rodzajów zalicza się trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), takie jak imipramina, klomipramina, amitryptylina, i selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitors – SSRI). Leki z grupy TLPD działają poprzez układy neuroprzekaźników – noradrenaliny, histaminy, muskaryny. Wywołują wiele objawów ubocznych, takich jak nadmierna senność, problemy z koncentracją, utrudnione oddawanie moczu, suchość w ustach, zaburzenie procesów poznawczych, obniżone ciśnienie tętnicze. Z tego też powodu częściej stosowana jest druga grupa leków, SSRI, wprowadzona w latach 80. XX wieku, do której zalicza się sertralinę, paroksetynę, citalopram, escitalopram, fluoksetynę. Działanie swoje wywierają jedynie poprzez układ serotonergiczny, co znacznie zmniejsza liczbę i dolegliwość skutków ubocznych, chociaż nudności, utrata apetytu, niepokój z bezsennością mogą wystąpić [13].

Farmakoterapia w czasie ciąży i laktacji wiąże się z przechodzeniem leków przez łożysko i do pokarmu, w konsekwencji możliwym wpływem na płód i dziecko. Bellantouno i in. dokonał przeglądu piśmiennictwa pod względem związku escitalopramu z wystąpieniem dużych wad

rozwojowych u dziecka i powikłaniami poporodowymi. Wysunął ostrożny wniosek o możliwym bezpieczeństwie stosowania tego leku podczas ciąży i laktacji, zwłaszcza pod kątem ryzyka wystąpienia wad rozwojowych. Występują one tak samo często u matek stosujących, jak i nie-stosujących tej substancji leczniczej. Lek ten jest skuteczny oraz dobrze tolerowany podczas ciąży i karmienia. Jednak niewielkie ryzyko wystąpienia komplikacji poporodowych, takich jak martwe urodzenie lub niższa masa urodzeniowa noworodka, jest obecne [2]. Kolejne badanie dotyczy całej grupy leków SSRI. U 75% kobiet z depresją, które przerywają leczenie w związku z ciążą, choroba powróci. Stosowanie leków tych zaś nie wydaje się mieć istotnego wpływu na układ oddechowy, pokarmowy czy nerwowy noworodków. Stwierdzono, że jeśli wystąpią skutki uboczne, są one krótkotrwałe i samo ograniczające się. Istnieją jednak pojedyncze doniesienia o zwiększonym występowaniu przetrwałego nadciśnienia płucnego noworodków, jednak ryzyko absolutne wystąpienia tego schorzenia jest bardzo małe. We wnioskach autor stwierdza, że pozabawianie kobiet potrzebnego im leczenia przeciwdepresyjnego nie znajduje obecnie uzasadnionych przesłanek [1]. W kanadyjskim badaniu z 2006 roku przebadano 119 547 matek i ich noworodków, których część była narażona na prenatalną ekspozycję na SSRI. U tych dzieci stwierdzono zwiększone ryzyko niższej masy urodzeniowej (<10 percentyla) oraz zaburzeń oddechowych [11]. W 2011 roku w Holandii zostały wydane rekomendacje dotyczące stosowania leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI w ciąży i podczas karmienia. Farmakokinetyczne właściwości tych substancji powodują objawy niepożądane u nawet 30% noworodków, jednak są łagodne i samo ograniczające się, a wymagają jedynie obserwacji lekarskiej. Do objawów tych zaliczyć można między innymi drażliwość, zwiększone napięcie mięśni, problemy ze snem i karmieniem. Istnieją doniesienia o możliwym wystąpieniu zwiększonego ryzyka wystąpienia wrodzonych wad serca u płodu, jednak wyniki badań nie dają spójnych wyników, tak jak i w kwestii występowania ryzyka przetrwałego nadciśnienia płucnego. Kolejnym badanym aspektem jest rozwój neurobehawioralny, najwięcej badań dotyczyło wpływu fluoksetyny i paroksetyny, jednak nie przyniosły one konkretnych rezultatów. Należy rozważyć korzyści płynące z karmienia naturalnego i wady obecnych w mleku substancji. Wydaje się, że nie ma jednoznacznych przesłanek, aby zalecać przerwanie karmienia piersią w przypadku stosowania leków przeciwdepresyjnych. W podsumowaniu autorzy zawarli praktyczne zalecenia. Terapia depresji lub zaburzeń lękowych u pacjentki powinna być rozpoczęta przed ciążą, zaś w ciąży – kontynuowana, jeśli zachodzi potrzeba. Metody nefarmakologiczne powinny być zastosowane w pierwszej kolejności. Każdy przypadek stosowania leków przeciwdepresyjnych w ciąży powinien być rozpatrzony indywidualnie. Noworodki matek stosujących te substancje powinny być objęte 48-godzinną obserwacją po porodzie, a następnie należy kontrolować ich rozwój psychoruchowy. W trakcie karmienia piersią sertralina i paroksetyna mogą być stosowane, należy unikać zaś stosowania fluoksetyny ze względu na długi okres półtrwania i ryzyko akumulacji [14].

W Wielkiej Brytanii tworzone są programy telefonicznego wsparcia, takie jak Mums 4 Mums (Mamy dla Mam). Interwencja ta jest realizowana przez wykwalifikowanych pracowników, którzy udzielają telefonicznych porad przez 4 miesiące po porodzie. Oceniają oni samopoczucie matki przy pomocy EPDS, funkcjonowanie diady matka-dziecko, poczucie kompetencji i skuteczności. Młode mamy mają możliwość zwrotnej oceny prowadzonego programu poprzez udział w ustrukturyzowanych wywiadach. Dane uzyskane w badaniu będą szczegółowo analizowane [4]. W Australii zaś powstał projekt pomocy irańskim kobietom mieszkającym w Perth, które urodziły dziecko, poprzez grupę wsparcia. Zwrócono szczególną uwagę na różnice kulturowe i społeczne [12].

W metaanalizie Sockol i in. [15] przeanalizował 27 publikacji, w których wzięło udział łącznie 1274 badanych, celem oszacowania skuteczności metod farmakologicznych i psychologicznych stosowanych w leczeniu depresji poporodowej. Autorzy potwierdzili znaczący spadek nasilenia objawów depresji przy zastosowaniu leczenia. Psychoterapia indywidualna okazała się bardziej efektywna niż grupowa, a psychoterapia interpersonalna skuteczniejsza niż poznawczo-behawioralna. W metaanalizie dotyczącej zapobiegania depresji poporodowej ci sami autorzy stwierdzają, że szeroki zakres interwencji może być skuteczny w zapobieganiu depresji poporodowej w ciągu pierwszych 6 miesięcy połogu. Metody te skutkują małym, lecz znaczącym statystycznie spadkiem objawów depresji i częstości występowania epizodów depresji (OR = 0,73) [16].

Warto przyrzeć się również kwestii opinii publicznej na omawiany temat. W badaniach amerykańskich ok. 57% respondentów znało kobietę cierpiącą na okołoporodowe zaburzenia nastroju. Wiedzę na temat poporodowych zaburzeń nastroju posiadało aż 87,4% osób, zaś o tym problemie w czasie okołoporodowym – 70,5%. Jednakże, tylko 26,6 % respondentów dostrzegало negatywny wpływ tych zaburzeń na rozwój dziecka [7].

PODSUMOWANIE

Depresja poporodowa i inne okołoporodowe zaburzenia nastroju wymagają odpowiedniego postępowania w zakresie diagnozy jak i terapii. W światowym piśmiennictwie zaleca się stosowanie psychoterapii w lżejszych postaciach oraz dodatkowo farmakoterapii w cięższych stadiach. Najkorzystniejszymi nurtami psychoterapii wydają się być nurt interpersonalny oraz poznawczo-behawioralny, stosowany również profilaktycznie. Stosowanie środków farmakologicznych, zwłaszcza z grupy SSRI, wydaje się nieść duże korzyści, jednak nie należy zapominać o możliwych, ale niosących małe ryzyko, objawach niepożądanych również u noworodków. Objawy te najczęściej ograniczają się same i wymagają jedynie obserwacji lekarskiej. Współpraca interdyscyplinarna i dalsze badania w zakresie omawianego zagadnienia, m.in. w populacji polskiej, są niezbędne.

PIŚMIENNICTWO

1. Austin M.-P.: To treat or not to treat: maternal depression, SSRI use in pregnancy and adverse neonatal effects. *Psychol. Med.* 2006, 36, 12, 1663. – 2. Bellantuono C., Orsolini L., Bozzi F.: La sicurezza dell'escitalopram in gravidanza e nell'allattamento. *Riv. Psichiatr.* 2013, 48, 6, 407. – 3. Bielawska-Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice : „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, 2006. – 4. Caramlau I., Barlow J., Sembi S., McKenzie-McHarg K., McCabe C.: Mums 4 Mums: structured telephone peer-support for women experiencing postnatal depression. Pilot and exploratory RCT of its clinical and cost effectiveness. *Trials*, 2011, 12, article nr 88. – 5. Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatr.* 1987, 150, June, 782. – 6. Huflejt-Lukasik M.: Psychoterapia pacjentów depresyjnych. W: Psychoterapia : podręcznik akademicki. [T. 2] Praktyka. Red. L. Grzesiuk. Warszawa : Eneteia – Wydawnictwo Psychologii i Kultury, 2006, 245-252. – 7. Kingston D. E., McDonald S., Austin M.-P., Hegadoren K., Lasiuk G., Tough S.: The public's views of mental health in pregnant and postpartum women: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014, 14, 1, 84. – 8. Koszewska I.: O depresji w ciąży i po porodzie. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010. – 9. Misri S., Reebye

P., Corral M., Milis L.: The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatr.* 2004, 65, 9, 1236. – 10. O'Hara M. W., Stuart S., Gorman L. L., Wenzel A.: Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch. Gen. Psychiatr.* 2000, 57, 11, 1039.

11. Oberlander T. F., Warburton W., Misri S., Aghajanian J., Hertzman C.: Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch. Gen. Psychiatr.* 2006, 63, 8, 898. – 12. Rooney R. M., Kane R. T., Wright B., Gent V., Di Ciano T., Mancini V.: The pilot and evaluation of a postnatal support group for Iraqi women in the year following the birth of their baby. *Front. Psychol.* 2014, 5, article nr 16. – 13. Rybakowski J.: Leki przeciwdepresyjne. W: *Psychiatria : podręcznik dla studentów medycyny*. Red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011, 494-506. – 14. Sie S. D., Wennink J. M. B., van Driel J. J., te Winkel A. G. W., Boer K., Casteelen G., van Weissenbruch M. M.: Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2012, 97, 6, 472. – 15. Sockol L. E., Epperson C. N., Barber J. P.: A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin. Psychol. Rev.* 2011, 31, 5, 839. – 16. Sockol L. E., Epperson C. N., Barber J. P.: Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 2013, 33, 8, 1205. – 17. Spinelli M. G., Endicott J.: Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am. J. Psychiatr.* 2003, 160, 3, 555. – 18. Stuart S., Koleva H.: Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2014, 28, 1, 61.

K. Maliszewska, K. Preis

THE THERAPY FOR POSTPARTUM DEPRESSION – THE CURRENT STATE OF KNOWLEDGE

Summary

Postpartum depression can affect 10–25% women after delivery. The causes of this disorder remain unclear. These women require special diagnosis and therapy. Psychotherapy and pharmacology may be administrated as a treatment, depending on the severity of a depressive episode. There is no single model of treatment for postpartum depression. As a result, numerous surveys are carried out in order to assess available methods. In women diagnosed with a mild or moderate episode of depression, psychotherapy should be recommended, especially interpersonal or cognitive-behavioural. As for pharmacotherapy, the main concern is its potential effect on an embryo or a child. Nevertheless, authors of many investigations suggest administration of drugs, i.e. escitalopram or paroxetin, in severe depressive episodes. Further investigations concerning the treatment of the disorder are indispensable.

Adres: lek. mgr K. Maliszewska

Klinika Położnictwa, Katedra Perinatologii GUMed

ul. Kliniczna 1a, 80-402 Gdańsk

e-mail: kmaliszewska@o2.pl