

Pismo uredništvu/Letter to the editor

ZAKAJ TUDI V SLOVENIJI NE IZVAJAMO PRESEJANJA NA POPORODNO DEPRESIJO?

SCREENING FOR POSTPARTUM DEPRESSION – WHY IS IT NOT IMPLEMENTED IN SLOVENIA?

Petra Koprivnik,¹ Anja Plemenitaš²

¹ Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik

² Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor, Ul. Hermana Potočnika 27, 1000 Ljubljana

Izvleček

Poporodna depresija je najpogostejša poporodna duševna motnja. Za njo naj bi bolevalo 10–20 % žensk po porodu. Nezdravljena poporodna depresija ima dolgoročne posledice za obolelo mater, razvoj otroka in partnerski odnos. Edinburški vprašalnik se v svetu najpogosteje uporablja kot inštrument za preseganje žensk na poporodno depresijo. Od leta 2005 je preveden v slovenščino, vendar rutinsko ni v uporabi. Pri nas tudi nimamo izdelane mreže pomoči za ženske s poporodnimi duševnimi motnjami.

Poporodna depresija

Med poporodnimi duševnimi motnjami zavzema najpogostejše mesto poporodna depresija (PD).¹

Po DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) so merila za postavitev diagnoze depresije anhedonija in depresivno razpoloženje ter najmanj štirje od naštetih dodatnih simptomov, ki trajajo najmanj dva tedna: motnje spanja, zmanjšanje interesa, utrujenost, zmanjšanje zmoglosti koncentracije, sprememba teka, občutki krivde, psihomotorna zavrtost, samomorilna razmišljanja.

Klinično se PD ne razlikuje od depresij v drugih obdobjih oziroma življenjskih okoliščinah, čeprav nekateri avtorji opozarjajo na nekatere dodatne, specifične simptome poporodne depresije, kot so: ambivalentna ali celo negativna čustva do otroka, preokupacija z otrokovim zdravjem, ki meji na obsesivnost, občutki krivde in nesposobnosti, kar naj bi bilo povezano z nekaterimi dodatnimi stresnimi dejavniki, značilnimi za poporodno obdobje (skrb za otroka, dvomi o učinkovitosti v starševski vlogi, pomanjkanje podpore v partnerskem odnosu).^{2–4}

Tudi opredelitve samega poporodnega obdobja se v literaturi precej razlikujejo. DSM IV določa, da se morajo simptomi poporodne depresije začeti v obdobju 4 tednov po porodu. Večina avtorjev navaja obdobje prvih šestih tednov po porodu, vendar srečamo tudi opredelitve, da je poporodno obdobje čas prvih šestih mesecev ali celo dveh let po porodu.⁵ Mnogi avtorji so prepričani, da imajo ženske povečano tveganje za depresijo eno leto po porodu.¹

Med avtorji se razlikujejo tudi ocene pogostosti PD. Gibljejo se od 3 do 33 %, najpogostejše med 10 in 20 %. Razlike gredo na račun raznolikih vzorcev, načinov opazovanja, časovnih okvirov in nenazadnje diagno-

stičnih meril.^{1,6,7} Po ocenah naj bi približno polovica PD ostalo neodkritih.¹

PD se zdravi s pomočjo antidepresivov in psihoterapije, praviloma ambulantno, včasih je potreben tudi bolnišnični sprejem.

EPDS vprašalnik (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

V svetu se je zadnji dve desetletji za preseganje na PD najbolj uveljavil Edinburški vprašalnik (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), ki ga je leta 1987 v Angliji razvil Cox s sodelavci, da bi ga lahko uporabljali zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu za odkrivanje PD. Z njim določamo intenziteto depresivnega razpoloženja. Za postavitev diagnoze pa je potreben klinični pregled.⁸

EPDS je najbolj raziskan vprašalnik za preseganje na PD.¹ Cox je ugotovil, da je pri uporabi razmejitvene točke deset občutljivost 86 %, specifičnost pa 78 %.⁸

EPDS je sestavljen iz desetih enostavnih vprašanj, ki se nanašajo na čustva, razpoloženje, spanje, strah ter obremenjevanje s stvarmi in samomorilne misli. Njegova uporaba je zelo enostavna, izpolnjevanje hitro (v povprečju pet minut). Za vrednotenje rezultata ni potrebno posebno strokovno predznanje, kar močno olajša vsakdanjo rabo.⁹

Glej Prilogo 1: Vprašalnik EPDS in Prilogo 2: Navodila za reševanje in točkovanje.

Ko doseže seštevek točk deset ali več, bi zdravnik bolnico moral povprašati po samomorilnih ali heteroagresivnih mislih. Če bolnica poroča o le-teh, bi morala biti takoj napotena na pregled k psihiatru. V primeru pozitivnega testa za PD, bi ginekologi, ki bi bili v stiski, kaj ukreniti, lahko bolnico napotili na pogovor k psihologu ali psihiatru.⁹

Pri nas EPDS do leta 2005 ni bil v uporabi. V sklopu študentske raziskovalne naloge za Prešernovo nagrado smo ga prevedli skladno s standardi, tako da smo pridobili dovoljenje avtorjev, da ga prevedemo. S pomočjo prevajalke in psihiatra sva ga prevedli iz angleščine v slovenščino, nato ga je druga prevajalka prevedla nazaj v angleščino v izogib napakam. Z uporabo EPDS na slovenskem vzorcu 449 žensk v času 6 tednov po porodu (časovni okvir, ki ga priporoča avtorska skupina) smo pridobili oceno pogostosti PD pri nas. Šlo je za prospektivno raziskavo. Ovrednotili smo 366 vprašalnikov EPDS. 21,3 % žensk je imelo deset ali več točk, kar naj bi po uveljavljenih merilih zajelo večino PD. Žal pa niso bili opravljeni klinični intervjuji, da bi lahko govorili tudi o odstotku PD oziroma kliničnih diagnoz. Upšteva je tuje izkšnje naj bi po porodu za PD trpelo 10–20 % vseh žensk.⁹

Ozaveščanje žensk o PD

V času, ko je potekala najina raziskava, je klinična psihologinja, zaposlena na Ginekološki kliniki v Ljubljani, začela govoriti o PD tudi na urah Šole za starše, kar je še posebej pri ženskah naletelo na zelo pozitiven odziv. Leta 2005 so na IVZ izdali knjižico z naslovom »Angeli z mokrimi perutmi ne letijo. Onstran smehljaja: poporodne duševne stiske.« Tudi v prilogi nove izdaje Materinske knjižice je dodano poglavje o poporodnih duševnih motnjah.

Narejeni so prvi koraki k večji ozaveščenosti. Ženske, ki trpijo zaradi poporodne depresije v tem ranljivem obdobju življenja, poročajo o strašnih občutkih krivde in nesposobnosti.

Ženske, ki so sprejete v bolnišnično obravnavo, predstavljajo le vrh ledene gore. Gre za globlje oblike PD, ki jih ambulantno ne zmoremo zadovoljivo voditi. Občasno je pridružena tudi samomorilna ogroženost. Na srečo ocenjujejo, da je tveganje za samomor v tej specifični populaciji šestkrat manjše kot sicer pri depresivnih ženskah, ker je materinstvo močan zaščitni dejavnik.¹⁰

Le malo mater, ki so po porodu depresivne, o svojih težavah spontano spregovori s svojim zdravnikom ali ginekologom, še manj jih poišče pomoč pri psihologu ali psihiatru. Nekatere gotovo ne prepoznavajo simptomov v sklopu depresije kot nekaj bolezenskega, druge se bojijo stigmatizacije.³

Matere s PD so večinoma kos obremenitvam z dojenčkom in gospodinjstvom, vendar je njihova sposobnost uživati življenje v novo nastalih okoliščinah močno okrnjena.⁸ PD ima potrjeno daljnosežne in dolgotrajne posledice tako za obolelo osebo, otrokov razvoj kot tudi partnerski odnos.^{3, 6, 11}

Otroci mater s PD so se v različnih raziskavah slabše izkazali pri splošnih kognitivnih sposobnostih kot otroci kontrolnih skupin. Negotovost v navezovanju socialnih stikov, vedenjski problemi, slabše besedno izražanje, znižan čustven odziv na okolico, manjša stopnja navezovanja socialnih stikov veljajo za značilne motnje otrok mater s PD. Pediatri ugotavljajo tudi, da ima dojenček depresivne matere večje težave pri

hranjenju in spanju. Dečki depresivnih mater naj bi se razvijali slabše od deklic.^{1, 4, 5, 12, 13}

Študije so pokazale, da je hitro ukrepanje ključno ne le za matere, temveč tudi za otroke. Razvoj možganov v zgodnjem otroštvu je intenziven proces, ki je odvisen od pozitivne interakcije z okoljem. Optimalni razvoj možganov v otroštvu se dogaja pod okriljem občutljive in skrbne nege. Otroci se rodijo sposobni za odnos, a rabijo skrbno okolje, ki spodbuja urjenje veščin za obvladovanje svojih čustev in krmiljenje sveta okoli sebe.¹³

Otroci depresivnih staršev imajo povečano tveganje za psihične motnje. Menijo, da imajo depresivne matere po porodu čustveno zaviralno vlogo. Zavirajo otrokovo osamosvojitve, proces zgodnje socializacije.¹⁴ Abnormalni vzorec interakcij med materjo in otrokom, ki so posledica materine depresije, je kot začarani krog, ki povečuje možnost kronične duševne bolezni, čustvenih težav in slabšega delovanja celotne družine.¹

Kako izboljšati obravnavo žensk s PD?

Glede na znane lahko resne posledice PD, je škoda, da imamo tako malo podatkov o ugotovljeni bolezni in posledičnem zdravljenju, kar gre predvsem na račun slabe prepoznave PD.¹

Obdobje nosečnosti, poroda in prvega leta po porodu je gotovo čas, v katerem je bodoča mati oziroma kasneje mati s svojim malčkom največkrat v stiku z zdravstvenimi delavci. Gre za različne segmente zdravstva: ginekologe, babice, patronažne sestre, splošne zdravnike, pediatre, a tudi s socialno službo. Vsi ti so bolj usmerjeni na telesne težave in pogosto ne zaznajo duševnih stisk.

Po skoraj dvajsetih letih uporabe vprašalnika praktično po vsem svetu smo tudi v Sloveniji dobili ta dobri presegalni vprašalnik za PD. Za ženske je sprejemljiv, enostaven in hkrati hiter za reševanje ter nezahteven za vrednotenje.

Iz izkušenj v številnih presejalnih študijah je razvidno, da je odziv žensk na vprašalnik zelo dober. Večini je v olajšanje, da jih kdo sprašuje o občutkih. Mnogim pomaga že samo reševanje vprašalnika.⁸ Dve veliki študiji sta ugotovili, da je bila velika večina mater (več kot 80 %) zadovoljna z namenom testiranja na PD.¹

S pravočasnim odkrivanjem žensk s PD in seveda ustrezno posledično obravnavo (če PD ne odkrivamo, še ne pomeni, da je pri nas ni), bi bistveno ublažili potek bolezni. Tako bi se v veliki meri izognili dolgoletnim, trdovratnim depresijam in nedvomno negativnim posledicam za otrokov razvoj in nenazadnje za partnerski odnos.

Čigava je odgovornost za odkrivanje PD?

V Angliji, kjer je bil EPDS razvit in je najdlje v uporabi, so usposobili različne kadre na primarni ravni zdravstvenega sistema za preseganje na PD s pomočjo EPDS (zdravnike, medicinske sestre, babice, psihologe).⁸ V ZDA se ginekologi, psihiatri, psihologi, diplomirane medicinske sestre in socialni delavci združujejo v na-

cionalne neprofitne organizacije, ki nudijo pomoč ženskam s pred- in poporodno depresijo.¹⁵

V drugih državah vidijo možnost odkrivanja PD pri pregledih mater po porodu, ki jih izvajajo ginekologi, družinski zdravniki, medicinske sestre, ali pa odkrivajo PD pri pregledih dojenčkov, kjer so vključeni pediatri in družinski zdravniki.¹

Pri nas smo glede odkrivanja PD še povsem na začetku. Priložnosti za aplikacijo EPDS je veliko. Najbolj smiselno se zdi redni ginekološki pregled šest tednov po porodu, ki ustreza svetovanemu času testiranja. Na ta način bi zajeli domala vse ženske, ki rodijo. Ženske bi vprašalnik lahko rešile v nekaj minutah, ko čakajo na pregled v čakalnici.

Dodatne možnosti, ki se ponujajo, so: vključitev patro-nažne službe na terenu ali vključitev reševanja EPDS v okviru enega od zgodnjih posvetov pri pediatru.

Uporaba EPDS ni časovno omejena. Zgodnejše reševanje v namene presejanja celotne populacije ni smiselno, v individualnih primerih pa je možno. Ugotavljali so celo, da reševanje v obdobju dveh do treh dni po porodu koristi pri prepoznavanju mater, ki imajo večje tveganje za razvoj PD. Tako kanadski avtorji predlagajo rutinsko uporabo EPDS, ko so matere še v porodnišnici.¹⁶ Ker je tveganje za razvoj PD večje prvo leto po porodu, se lahko uporablja vprašalnik tudi v tem obdobju.¹

Seveda je še prenačljeno razmišljati o rutinskem pre-sejanju na PD brez izdelane mreže pomoči.

Že leta 2003 se je porodila zamisel o redni tedenski nekajurni psihiatrični ambulanti na Ginekološki kliniki v Ljubljani, ki pa žal ni zaživela. Iz pogovorov z ženskami po porodu smo ugotavljali, da bi se v primeru duševnih težav veliko lažje odločile za obisk psihiatrične ambulante na Ginekološki kliniki kot za posvet v psihiatrični ustanovi. Veliko dela na Ginekološki kliniki v Ljubljani opravi klinična psihologinja, kamor lahko gredo ženske v stiski na pogovor in posvet.

Zdravljenje PD vedno vključuje podporno vodenje in edukacijo matere za materinstvo, kar pri blagih depresijah pogosto tudi zadostuje. Pomemben del pristopa k obravnavi je sodelovanje s partnerjem. Pri težjih oblikah se vsekakor svetuje pregled pri psihiatru, ki presodi potrebo po medikamentnem zdravljenju in hospitalizaciji.

Priloga 1. Vprašalnik EPDS

Ime in priimek:

Datum reševanja:

Starost dojenčka:

Ker ste pred kratkim rodili dojenčka, bi radi izvedeli, kako se počutite. Prosim, **PODČRTAJTE** odgovor, ki približno opisuje Vaše počutje V ZADNJIH 7 DNEH, in ne le Vašega počutja danes.

- Uspe mi, da se nasmejim in vidim smešno plat stvari:
 - tako, kot mi je to vedno uspelo;
 - manj kot prej;
 - veliko manj kot prej;
 - sploh ne.

- Veselim se stvari:
 - tako, kot sem se vedno;
 - manj kot prej;
 - precej manj kot prej;
 - skoraj ne.
- Po nepotrebnem se obremenjujem, kadar gredo stvari narobe:*
 - večino časa,
 - nekaj časa,
 - redko,
 - nikoli.
- Brez pravega razloga sem tesnobna in zaskrbljena:
 - sploh ne,
 - komaj kdaj,
 - včasih,
 - zelo pogosto.
- Brez pravega razloga se počutim prestrašeno ali panično:*
 - pogosto,
 - včasih,
 - redko,
 - sploh ne.
- Stvari se mi nakopičijo:*
 - večino časa jih ne zmorem obvladati,
 - včasih jih ne obvladam tako dobro kot prej,
 - večino časa jih precej dobro obvladam,
 - obvladam jih tako dobro kot vedno.
- Bila sem tako nesrečna, da sem slabo spala:*
 - večino časa,
 - včasih,
 - redko,
 - sploh ne.
- Počutila sem se žalostno ali nesrečno:*
 - večino časa,
 - precej pogosto,
 - redko,
 - sploh ne.
- Bila sem tako nesrečna, da sem jokala:*
 - večino časa,
 - precej pogosto,
 - občasno,
 - nikoli.
- Pomislila sem, da bi si kaj naredila:*
 - precej pogosto,
 - včasih,
 - skoraj nikoli,
 - nikoli.

Priloga 2: Navodila za uporabo EPDS in točkovanje

- Ženske naj podčrtajo postavko, ki je najbližje njenemu počutju v zadnjih sedmih dneh.
- Odgovoriti morajo na vseh deset vprašanj.
- Matere naj bi reševale same, brez diskutiranja.
- Matere naj same izpolnjujejo vprašalnik, razen če ne znajo brati ali imajo težave z razumevanjem jezika, v katerem je vprašalnik napisan.
- EPDS naj bi se za namene presejanja izpolnjeval šest do osem tednov po porodu.

Odgovori so točkovani od 0, 1, 2 in 3, v skladu s stopnjo simptomov. Postavke, označene z zvezdico, so točkovane v obratnem vrstnem redu (3, 2, 1 in 0). Skupno vsoto dobimo s seštevanjem posameznih točk.

Literatura

1. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods barriers and recommendations for practice. *J Am Broad Fam Med* 2007; 20: 280–8.
2. Brockington I. *Motherhood and mental health*. New York: Oxford University Press; 1996.
3. Voušek T. Poporodna depresija. Duševne in vedenjske motnje v poporodnem obdobju. (Naloga za specialistični izpit). Vojnik: Psihiatrična bolnišnica Vojnik; 2007.
4. Wickberg-Johansson B, Erlandsson B, Hwang CP. Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *J Reprod Infant Psychol* 1996; 14: 69–76.
5. Hriberšek-Ošep N. Depresivne motnje v nosečnosti in puerperiju (Naloga za specialistični izpit). Vojnik: Psihiatrična bolnišnica Vojnik; 1999.
6. Ličina M. Duševne motnje v nosečnosti, puerperiju in laktaciji. Zbornik: Na stičiščih psihiatrije in ginekologije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1999.
7. Ličina M. Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu (doktorsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 1991.
8. Cox J, Holden J. *Perinatal psychiatry – use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: The Royal College of Psychiatrist; 1994.
9. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Med Razgl* 2005; 44: 139–45.
10. Pope S. Postnatal depression: a systemic review of published scientific literature to 1999. Commonwealth of Australia 2000 (cited 2004 Apr). Dosegljivo na: http://www.health.gov.au/nhmc/publications/pdf/wh29_a.pdf
11. Ličina M, Mlakar J, Trtnik-Snoj M. Dolgoletna zasledovalna študija zdravstvenega in psihičnega stanja žensk v poporodnem obdobju. *Viceversa* 1996; 15: 55–65.
12. Peterson S, Albers A. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev* 2001; 72: 1794–813.
13. Beauchesne MA. Mothers with depression: care for the mom to double the outcome. Disclosures. Dosegljivo na: <http://www.medscape.com/medline/abstract/1462817>.
14. Gordon D, Burge D, Hammen C, Adrian C, Jaenicke C, Hiroto D. Observations of interactions of depressed woman with their children. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 50–5.
15. Morris-Rush JK, Bernstein PS. Field notes in obstetrics and maternal – fetal medicine: Postpartum depression. *Medscape Ob/Gyn & Womens Health* 2002 [cited 2003 Jan]; 7 (1) Dosegljivo na: <http://www.medscape.com/viewarticle/433013>
16. Barclay L. Edinburgh Postnatal Depression Scale predicts postnatal depression. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 51–4.

Prispelo 2008-05-05, sprejeto 2009-04-21