

Leczenie depresji poporodowej

10

Niegdyś uważano, że ciąża zapewnia psychiczny dobrostan. Obecnie wiadomo, że nie chroni ona ani przed nowymi zachorowaniami, ani przed nawrotami zaburzeń psychicznych. Wyniki wielu badań dowodzą, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w okresie ciąży jest takie samo jak u kobiet nieciążarnych. Co więcej, w nowszych doniesieniach zwraca się uwagę na to, że ciąża stanowi czynnik zwiększający ryzyko nawrotów w zaburzeniach afektywnych i lękowych w razie odstawienia leków przeciwdepresyjnych (Appleby 1991).

Marcus i wsp. (2005) wykazali, że ponad 5% kobiet, dowiedziawszy się o ciąży, zmniejsza dawki leków przeciwdepresyjnych lub je odstawia. Tymczasem Hostetter i wsp. (2006) twierdzą, że w miarę rozwoju ciąży zapotrzebowanie na lek przeciwdepresyjny wzrasta.

Mając do czynienia z kobietą ciężarną ujawniającą objawy depresyjne należy przede wszystkim przeprowadzić dokładne badanie lekarskie, by wykluczyć wszelkie przyczyny somatyczne. Zgodnie z aktualnymi wymaganiami wskazane jest też zbadanie poziomu tyroksyny i innych hormonów w surowicy krwi. Niemal zawsze kobieta ciężarna będzie miała przepisany lek przeciwdepresyjny. Matka karmiąca piersią otrzyma tradycyjny trójpięścieniowy lek przeciwdepresyjny (TLPD) lub nowszy selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI).

Lekarz ogólnie praktykujący najchętniej przepisuje właśnie TLPD i SSRI. TLPD zostały wprowadzone do leczenia w 1959 r. i prawie do czasów współczesnych należały do najpopularniejszych leków przeciwdepresyjnych. Nowsze TLPD i leki pokrewne są mniej toksyczne i mają łagodniejsze działania niepożądane.

Szacuje się, że na depresję kliniczną zapada od 7% do 12% kobiet ciężarnych (Bennet i wsp. 2004). Decyzja o leczeniu psychofarmakologicznym kobiety w ciąży jest bardzo złożona i trudna. W rozważaniach „za” i „przeciw” nie wolno pomijać wielu niekorzystnych następstw i powikłań nieleczonej depresji. Istnieje obawa, że zbagatelizowanie dolegli-

wości i odstawienie leku może osłabić motywację kobiety do zgłaszania się na kontrole w poradni. W miarę pogłębiania się zaburzenia kobiety przestają się troszczyć o zdrowie, a szczególnie o prawidłowe odżywianie się. W dążeniu do poprawy samopoczucia niekiedy sięgają po alkohol, nikotynę lub substancje psychoaktywne, co może być dużo bardziej szkodliwe od leku. W cięższych przypadkach może dochodzić do samouszkodzeń i zachowań samobójczych (Appleby 1991; Zuckerman i wsp. 1989). Zaleca się, by każdy przypadek rozpatrywać indywidualnie, a szczególnie rozważyć pozytywne skutki leczenia farmakologicznego i negatywne następstwa pogłębiającej się depresji matki.

Coraz powszechniejsze stosowanie SSRI w ciąży ostatnio spotyka się z krytyką, i to ze strony firm farmaceutycznych. Zwrócono uwagę na ryzyko zapisywania tych leków szczególnie w trzecim trymestrze ciąży, bowiem grozi to wystąpieniem u noworodka zespołu odstawiennego i serotonergicznego (wywołanego nadmiarem serotoniny). Jednakże ostrzeżenia te nie są poparte solidnymi dowodami, które by bezwzględnie nakazywały natychmiastowe odstawienie bądź stopniowe zmniejszanie dawek SSRI.

Badania wykazały, że do organizmu płodu przedostają się znaczne ilości leków. Ryzyko z tym związane wydaje się niezbyt duże, ale nie można wykluczyć, że jest to przyczyna uporczywego nadciśnienia płucnego u noworodków. Wśród najczęściej spotykanych objawów u noworodka stwierdza się nieustanny płacz, krzyk, drażliwość, wahania temperatury ciała, trudności w ustabilizowaniu stanu, kłopoty w żywieniu i ssaniu oraz żółtaczkę. Wiadąc więc, że działania niepożądane nie są charakterystyczne, a ponadto ustępują one samistnie (Bonarie i wsp. 2004). Nie udowodniono, by leki przeciwdepresyjne były przyczyną częstszego występowania wad wrodzonych (Bonarie i wsp. 2004).

Pomimo budzących obawy objawów niepożądanych SSRI, są one mniej toksyczne i tańsze niż TLPD i leki pokrewne. Wbrew negatywnym doniesieniom, leki te w praktyce klinicznej są bardzo skuteczne, co tłumaczy ich popularność i zwiększony popyt.

Obserwacje poczynione przez lekarzy opieki podstawowej wskazują, że TLPD są skuteczne w leczeniu dużej depresji pod warunkiem, że są przyjmowane w odpowiednich dawkach. Szerokie badania nad amitryptyliną wykazały, że w porównaniu z placebo przynosi ona o 50–100% więcej popraw. Mniejsze dawki nie były aż tak skuteczne i nie zawsze przeważały nad placebo (Hollyman i wsp. 1988). TLPD i pokrewne leki przeciwdepresyjne mają także właściwości przeciwłękowe i nasenne (Thompson i Thompson 1989).

TLPD nie są wskazane w łagodniejszych postaciach depresji u matek (Elkin i wsp. 1989; NICE 2004). Im cięższa depresja, tym większa skuteczność leków (Llorente i wsp. 2003). W większości przypadków duża depresja ustępuje po leczeniu, ale u około 12–15% kobiet utrzymuje się nadal, nawet do 2 lat (Scott 1988). Częste są nawroty w ciągu roku po osiągnięciu remisji i później. W związku z tym zaleca się stosowanie leku nawet po całkowitym ustąpieniu objawów.

Wisner i wsp. (1997) dokonali przeglądu piśmiennictwa na temat karmienia piersią przez matki pobierające leki przeciwdepresyjne. Opisywano objawy niepożądane u niemowląt, których matki przyjmowały doksepinę lub fluoksetynę. Inne leki przeciwdepresyjne nie wykazywały takich działań niepożądanych. Analiza stężenia leku w surowicy wskazuje, że u niemowląt powyżej 10 tygodnia życia ryzyko wystąpienia działań niepożądanych TLPD jest niewielkie, a ponadto leki te nie kumulują się w organizmie.

Haberg i Matheson (1997) zwrócili uwagę, że fluoksetyna ma długi okres półtrwania i w dużych ilościach przenika do organizmu niemowlęcia. Autorzy uważają, że u matek

karmiących piersią bardziej wskazane są sertralina i paroksetyna. Brakuje jednak badań, w których długotrwale stosowano paroksetynę. Każde niemowlę karmione przez matkę przyjmującą jakikolwiek lek przeciwdepresyjny powinno być objęte systematyczną obserwacją w kierunku działań niepożądanych leku.

Appleby i wsp. (1997) porównywali skuteczność fluoksetyny i pomocy psychologicznej poznawczo-behawioralnej z fluoksetyną i placebo w depresji poporodowej. Porównywano wyniki 6 psychologicznych sesji terapeutycznych z wynikami jednej tylko sesji, a następnie z wynikami uzyskanymi w grupie kobiet, u których stosowano lek i wsparcie psychologiczne. We wszystkich grupach stwierdzono znaczące poprawy stanu psychicznego. Była ona znacznie większa u tych matek, które pobierały fluoksetynę, niż u tych, którym podawano placebo. Poprawa po 6 psychologicznych sesjach terapeutycznych była istotnie większa niż po jednej sesji. Nie wykazano wyraźniejszej interakcji pomiędzy fluoksetyną a pomocą psychologiczną. Różnice pojawiały się już po upływie tygodnia zarówno w grupie pobierającej fluoksetynę, jak i w grupie korzystającej z pomocy psychologicznej. Pełna poprawa następowała po upływie 4 tygodni leczenia. Z przeprowadzonych badań wynika, że w leczeniu depresji poporodowej bez objawów psychotycznych skuteczne są zarówno fluoksetyna, jak i pomoc psychologiczna poznawczo-behawioralna. Po wstępnej sesji pomocy psychologicznej poprawa następuje zarówno po zastosowaniu fluoksetyny, jak i po kolejnych sesjach terapeutycznych. Wydaje się, że jednoczesne stosowanie fluoksetyny i terapii poznawczo-behawioralnej nie przynosi dodatkowych korzyści i nie jest uzasadnione. W związku z tym proponuje się, by o rodzaju terapii decydowały same kobiety.

Leki przeciwdepresyjne są skuteczne w leczeniu dużej depresji poporodowej. Nierzadko kobiety przerywają leczenie, nie mogą się pogodzić z tym, że w swoim życiu nad czymś nie panują. Niekiedy zaprzestanie przyjmowania leku jest wynikiem nacisku ze strony członków rodziny, którzy wątpią w celowość terapii. Niestety, krótko po odstawieniu leku bez konsultacji z lekarzem depresja powraca. Po zaprzestaniu przyjmowania leku przeciwdepresyjnego przed ciążą lub we wczesnym jej okresie nawroty występują u ponad 2/3 kobiet (Cohen i wsp. 2006).

Stosowanie leków przez matki karmiące piersią

Karmiące piersią matki powinny znać ryzyko związane z zażywaniem lekami. Równie ważna jest umiejętność obserwacji zachowania dzieci. Każdy lek zażywany przez matkę jest obecny w mleku, ale ich stężenia mogą się bardzo różnić. Niewiele wiadomo na temat losu leków w organizmie noworodka, a zwłaszcza o ich wpływie na stan dziecka. W wielu badaniach zajmowano się stosowaniem leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych w okresie ciąży i porodu. Coraz więcej danych wskazuje, że przedostają się one do mleka matki. Prowadzone są badania nad tym, jakie to ma znaczenie dla karmiącej matki.

Leki przeciwdepresyjne rozpuszczają się w tłuszczach, dzięki czemu łatwo przechodzą do mleka matki. U niemowląt lek jest metabolizowany w niedojrzałej wątrobie i następnie wydalany przez również niedojrzałe nerki. Trzeba jednak podkreślić, że narządy te rozwijają się bardzo szybko, już od pierwszych dni po porodzie. Niewykluczone, że w wyniku niedojrzałości wątroby i nerek następuje kumulacja tych leków w organizmie niemowlęcia.

Ilość leku przyjmowanego przez niemowlę z mlekiem nie przekracza 1% dawki dobowej zażywanej przez matkę. W moczu i krwi niemowlęcia wykrywa się tylko śladowe ilości leków przeciwdepresyjnych. Jednakże mózg jest bogaty w lipidy i dlatego leki mogą się w nim kumulować. Badania nie potwierdzają występowania jakichś poważniejszych problemów i wydaje się, że zagrożenie z tego powodu jest znikome. Obecnie dostępne dane wskazują, że jeśli dziecko jest zdrowe, to korzyści związane z karmieniem piersią zdecydowanie przeważają nad ewentualnymi kłopotami wynikającymi z przyjmowania przez matkę leku przeciwdepresyjnego w przepisanej dawce. Niestety, stosunkowo niewiele wiadomo na ten temat, jeśli chodzi o SSRI.

Powszechnie się uważa, że lit jest przeciwwskazany u matek karmiących i chorujących na zaburzenie dwubiegunowe. Jednakże bez względu na ogólne zasady, w każdym przypadku należy rozważyć ryzyko związane z leczeniem i korzyści wynikające z karmienia piersią.

Badano przydatność estrogenu stosowanego przezskórnie (Gregoire i wsp. 1996) w depresji poporodowej. Okazało się, że terapia estrogenem jest mało skuteczna, a do tego grozi wystąpieniem zatorów. Ponadto hamuje wytwarzanie mleka, a zatem z pewnością nie może być lekiem z wyboru.

Najważniejszą rolę w terapii depresji odgrywają leki przeciwdepresyjne. Zasady ich stosowania opierające się na przepisywaniu przez lekarzy można uznać za kontynuację dawnych praw, których zadaniem jest kontrola obrotu substancjami niebezpiecznymi. Przy tej okazji warto wspomnieć o tym, że kiedyś do leczenia depresji stosowano opiaty – *vide* wyznania Tomasza de Quincy [Angielski pisarz żyjący w latach 1785–1859. W 1821 r. wydał książkę pt. „Wyznania angielskiego opiumisty” – *przyj. red. n.*]. Początkowo bardzo obawiano się wykorzystywania opiatów, ale z czasem przyjęło się, że środki farmaceutyczne są „dostępne tylko na podstawie recepty”. W ten sposób lekarz stał się elementem prawnego systemu, którego zadaniem jest ograniczenie swobody korzystania z substancji chemicznych. Intencją takiego rozwiązania kontroli obrotu lekami jest ochrona dobra społeczeństwa.

Powstaje pytanie: kto odnosi największe korzyści z produkcji środków farmaceutycznych? Jednym z poważnych problemów przemysłu farmaceutycznego jest to, że spośród 1000 badanych związków chemicznych, tylko 2–3 w końcu trafia do aptek jako leki. A spośród tych trzech – tylko jeden rzeczywiście się opłaci i przyniesie ogromne zyski.

Leki przeciwdepresyjne są badane i produkowane przez przemysł farmaceutyczny od stosunkowo niedawna. Ich produkcja zapewnia wielkim przedsiębiorstwom farmaceutycznym olbrzymie korzyści. Jednakże zarobione w ten sposób pieniądze nie są wliczane w czysty zysk. W samej rzeczy dywidendy posiadaczy akcji tego przemysłu są pewne, ale wcale nie takie pokaźne. Niezwykle wysokie są koszty badań nowego produktu. Tym się tłumaczy co najmniej siedmioletni okres prawnej ochrony licencji, by w tym czasie tysiące małych firm (które nie musiały prowadzić kosztownych badań) nie mogły wprowadzić na rynek leków odtwórczych (generycznych). Wydaje się, że te małe firmy jednak jakieś badania wykonują, ale ich jakość budzi wątpliwości.

Koncerny farmaceutyczne patrzą na depresję jako pewien rodzaj chemicznej nierównowagi i związane z tym zakłócenie funkcjonowania. Zmiany te można leczyć odpowiednim środkiem chemicznym. Jest to zapewne nadmiernie uproszczony pogląd, ale oddaje on istotę założeń działania przemysłu na tym polu. Typowym przykładem jest koncep-

cja niedoboru serotoniny wyrównywanej za pomocą prozaku. Badania prowadzone przez przemysł traktują depresję jako reakcję na jakiś inny proces, np. na zmniejszenie zawartości serotoniny. Zadaniem któregoś z produktów firmy jest właśnie usunięcie „tego innego procesu”.

Z punktu widzenia metodyki badań, takie rozumowanie oznacza, że depresja jest zmienną zależną, a zatem jej powstanie jest wynikiem jakiegoś nieprawidłowego procesu. W leczeniu ten porządek ulega jakby odwróceniu. Depresja staje się zmienną niezależną, na którą może mieć wpływ zmienna zależna – tj. preparat farmaceutyczny. Nie jest to wcale jakiś rodzaj manipulacji, cichego porozumienia. Chodzi tu raczej o zasady etyczne obowiązujące przy wytwarzaniu nowych preparatów. Jeśli by te zasady zostały naruszone, to na rynku mogłyby się pojawić leki niebezpieczne, o nieznanym działaniu niepożądanym. W przyszłości groziłoby to firmie wieloletnimi procesami sądowymi.

Nie można wykluczyć, że zarówno depresja, jak i preparat farmaceutyczny należą do tej samej kategorii zmiennych. Jeśli depresja jest następstwem zdarzeń zewnętrznych, strachu przed przyszłością, samotności, izolacji czy odrzucenia, to wówczas tabletki nie może być uznana za lek na tego rodzaju cierpienia. Nie ma takiej pigułki, która by zmieniła postępowanie partnera zaniebującego matką i dzieckiem. Niestety, żadna firma farmaceutyczna nie podejmie się badań nad takimi mechanizmami depresji. Gdyby się udało wykazać, że spadek zawartości serotoniny jest wynikiem jakichś zdarzeń i gdyby można było udowodnić, że firma farmaceutyczna o tym wiedziała, to wówczas byłby to udowodniony przypadek manipulacji i zmywy. Kiedy do gabinetu przybywa matka z objawami depresji, to zadaniem lekarza jest zajęcie się tym właśnie problemem. Jeśli lekarzowi wiadomo, że lek przeciwdepresyjny przyniesie ulgę, to podejście humanitarne nakazuje mu przepisanie takiego leku.

Leczenie elektrowstrząsowe (LEW)

Ta metoda leczenia powoduje wiele obaw i sporów, co znajduje wyraz zarówno w opiniach laików, jak i fachowych pracowników opieki zdrowotnej. Niektórzy uważają LEW za metodę prymitywną, przestarzałą i uciążliwą. Wśród krótkotrwałych działań niepożądanych najczęstsze są przelotne zaburzenia pamięci i dezorientacja. Niewiele jest badań nad następstwami przewlekłymi LEW, chociaż metoda ta jest w użyciu już od ponad 60 lat. Tylko wyjątkowo stosuje się LEW bez zgody matki, nawet w tych ośrodkach, w których chętnie się po tę metodę sięga (Wheeldon i wsp. 1999).

Odkryte w 1938 r. LEW jest skuteczne w różnych zaburzeniach psychicznych, jednak najważniejszym wskazaniem jest ciężka depresja. W miarę postępu w leczeniu psychiatrycznym i wprowadzania do terapii nowych, coraz doskonalszych leków przeciwdepresyjnych, popularność LEW zmniejsza się i stosuje się je znacznie rzadziej. Niemniej jednak w latach siedemdziesiątych XX w. poprawiono jakość aparatów elektrowstrząsowych i procedur leczenia. Wiele uwagi poświęcono nowszym, skuteczniejszym metodom usypiania, a także zwiększeniu bezpieczeństwa i zmniejszeniu uciążliwości LEW.

LEW najczęściej stosuje się w ciężkich depresjach, w których leki przeciwdepresyjne okazały się nieskuteczne bądź wywoływały poważne działania niepożądane. LEW bywa metodą z wyboru u matek w depresji, gdy konieczne jest uzyskanie szybkiej poprawy klinicz-

nej, szybszej niż jest to możliwe po zastosowaniu leków, np. depresje przebiegające z silnym podnieceniem psychoruchowym, omamami i urojeniami, odmową jedzenia i picia oraz nasilonymi tendencjami samobójczymi. LEW jest również bardzo skuteczne w zespołach z objawami katatonicznymi. Zastosowanie LEW nie ogranicza się do depresji. Można je wykorzystać w terapii ciężkich faz depresji i manii w zaburzeniu dwubiegunowym. Ponadto znajdują one zastosowanie w opanowywaniu epizodów psychotycznych w schizofrenii. Appleby (1991) twierdzi, że LEW jest niezwykle skuteczne w dużej depresji oraz w innych psychozach okresu połogu, nie zaleca jednak tej metody w lżejszych przypadkach.

Każdy elektrowstrząs jest poprzedzony premedykacją, która zmniejsza obawy związane z tym leczeniem. Już sama choroba matki może powodować zubożenie, sennność, ale nie zawsze to wystarcza do wyeliminowania obaw związanych z LEW. Na pielęgniarki spada obowiązek przygotowania chorych do zabiegu, poinformowanie o procedurach oraz uspokajanie. Należy odebrać chorej ostre przedmioty, biżuterię, sztuczne szczęki. Matka kładzie się na leżance i jest wieszona do pokoju zabiegowego. Tam zakłada się wenflon i dożylnie podaje środek znieczulający. Przez cały czas rejestruje się elektroencefalogram, elektrokardiogram i ciśnienie tętnicze krwi.

Elektrody aparatu do LEW można umiejscowić dwojako: po jednej na każdej połowie bądź obydwie na jednej połowie czaszki. W metodzie jednostronnej LEW zabieg trwa dłużej, ale objawy niepożądane powinny być łagodniejsze. W metodzie dwustronnej elektrody przykłada się do okolic skroniowych i stosuje krótki bodziec elektryczny wytwarzany w aparacie do elektrowstrząsów. Komórki mózgowe zostają pobudzone i następuje w nich jednoczesowe wyładowanie manifestujące się napadem drgawek („wstrząsem”). Sam napad zwykle trwa kilkanaście sekund, ale do całkowitego przebudzenia musi upłynąć 10–20 minut. Przeciętnie wykonuje się 9 elektrowstrząsów. Potrzebną liczbę zabiegów określa się na podstawie ciężkości obrazu klinicznego oraz szybkości ustępowania objawów. Na ogół pierwsze wyraźne oznaki poprawy obserwuje się po 6 zabiegach. Początkowo może się ona wyrażać zwiększoną aktywnością, poprawą snu oraz zwiększeniem łaknienia.

Do częstych działań niepożądanych LEW zalicza się nudności i bóle głowy. Nierzadko występuje splątanie, które najprawdopodobniej jest następstwem łącznego działania na mózg bodźca elektrycznego i środka znieczulającego. Zazwyczaj trwa ono nie dłużej niż 1 godzinę. Bardziej kłopotliwe jest pogorszenie pamięci krótkotrwałej, które zwykle wycofuje się w ciągu kilku tygodni. Zdarzają się trudności przypomnienia, a w cięższych przypadkach rozległe luki pamięciowe. Opisano też osłabienie funkcji intelektualnych i łagodne zmiany cech osobowości.

Znanych jest wiele teorii na temat przyczyn skuteczności LEW. Według jednej z nich wyładowania napadowe wywołują zmiany neuroprzebieżności. Według innej koncepcji LEW normalizuje regulację wydzielania hormonu stresu w mózgu, co ma korzystnie wpływać na ogólny dynamizm (energię), sen, łaknienie i nastrój. W ostatnich latach dokonano się znaczny postęp w neurochirurgii, a w tym w technice wykonywania zabiegów stereotaktycznych. Opracowano też odwracalne i dostosowane do indywidualnych potrzeb metody neuromodulacji, do których należą głęboka stymulacja mózgu oraz stymulacja nerwu błędnego.

Każdy zabieg neurochirurgiczny przywołuje ponure wspomnienie Jacka Nicholsona z filmu pt. „Lot nad kukułczym gniazdem”. Nie można jednak pomijać przytoczonych w piśmiennictwie wskaźników skuteczności lobotomii czołowej w opornej na leczenie,

ciężkiej depresji. Niestety, głęboka stymulacja mózgu za pomocą elektrod również budzi ogromną niechęć. A jednak po wprowadzeniu elektrod do mózgu i odpowiedniej stymulacji następowała poprawa nastroju, a przy tym nie obserwowano żadnych poważniejszych działań niepożądanych. Skuteczna jest także mniej inwazyjna metoda, jaką jest stymulacja nerwu błędnego. Zwraca się jednak uwagę, że dotąd brakuje solidnych badań potwierdzających w pełni przydatność wymienionych metod w leczeniu (Henderson 2007).

Inne metody pomocy

Stwierdzono, że w depresji skuteczne jest oddziaływanie lekarza, którego korzystny wpływ na matkę ujawnia się jeszcze nim przepisany przez niego lek rozwinie działanie. Badania Gruen (1990), Elliott (1990) i Pitts (1995) wykazały, że bardzo korzystna jest pomoc woltariuszy, różnych grup wsparcia i instytucji opieki zdrowotnej.

Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy, CBT*)

W ciąży i połogu nierzadko pojawiają się objawy lękowe w postaci uogólnionego, wolno płynącego lęku, narzucających się wbrew woli natrętnych myśli i napadów paniki. Towarzyszą im obniżenie nastroju, wrażenie utraty kontroli nad biegiem życia, niskie poczucie własnej wartości oraz brak zdecydowania w pełnieniu roli matki.

W latach pięćdziesiątych XX w. Aaron Beck wprowadził do lecznictwa terapię poznawczo-behawioralną (CBT). Badania porównawcze wielu różnych populacji wykazały, że w leczeniu wspomnianych objawów CBT w połączeniu z kontrolowaną relaksacją jest równie skuteczna jak leki psychotropowe. Co godne uwagi, CBT stanowi ważną alternatywę dla matek karmiących i kobiet ciężarnych, nie mających ochoty na przyjmowanie leków. Najbardziej skuteczne jest jednoczesne zastosowanie tej metody z lekiem psychotropowym, ale i samą CBT można uzyskać krótkotrwałą remisję. Ponadto za pomocą CBT można trwale nauczyć się wielu umiejętności przydatnych w życiu.

Matki w wyniku depresji czują się odcięte od świata i zasklepione w swoich problemach i cierpieniu. Terapeuci dążą do przeformułowania ukrytych (wewnątrzpsychicznych) doświadczeń i przeżyć, leżących u podłoża uzewnętrznianych, nieprzystosowawczych wzorców zachowania. Służą temu terapia „racjonalno-emocjonalna” (Ellis i Dryden 1987) oraz „modyfikacja poznawczo-behawioralna” (Meichenbaum i Genest 1987). Obydwie metody mają pomóc klientkom w przezwyciężeniu tego, co się określa jako „samoograniczanie się” bądź „samopotępienie się” w dialogu wewnętrznym, czyli rozmowie z samą sobą.

Jednym z najskuteczniejszych sposobów zmiany zachowania matek jest zwalczanie samoograniczania się w myśleniu. Cypert (1987) i Fordyce (1983) są przekonani, że w rozwiązywaniu problemów stoją na przeszkodzie myśli negatywne. Tylko pozytywne myślenie pozwala przezwyciężyć trudności i znaleźć nowe rozwiązania problemów.

Ellis (1987) twierdzi, że efektywne zachowania nierzadko są hamowane przez uczucia i przekonania o własnej niemocy i utracie kontroli nad sytuacją. Człowiek biernie poddaje się biegowi zdarzeń. Oto typowy przykład analizy sądu: „jestem złą matką”. Skoro tak, to nie dorasta do tej roli i nie potrafi jej wypełnić. W związku z tym nikt jej nie lubi, a w końcu także nie kocha. Cóż może uczynić z tymi uczuciami, by nie potęgować cier-

pienia? Przede wszystkim wycofać się i pozbyć wszelkiej odpowiedzialności, by nie dopuścić do znalezienia się w położeniu ofiary, owładniętej przerażającymi uczuciami bezsilności i beznadziejności położenia. Według Ellis (1987) przeświadczenie o pogwałceniu zasad obowiązujących w codziennym życiu może być przyczyną przeżywania sytuacji jako strasznej, przerażającej, a nawet jako katastrofy.

Badania nad depresją poporodową oraz innymi zaburzeniami psychicznymi okresu połogu wskazują, że tego rodzaju odczucia występują często. Większość matek chorych na depresję przyznaje, że takie właśnie uczucia pozbawiły je możliwości „kontroli sytuacji”. Różne bywają stopnie irracjonalności odczuć i przekonań – od oczywistych, niewątpliwych i niebudzących najmniejszych wątpliwości do zawołowanych, wyrażanych delikatnie i trudniejszych do uchwycenia.

Oto przykład sądów niewątpliwie irracjonalnych: *„Pragnę być akceptowana przez osoby znaczące w moim życiu, taka aprobatą jest mi niezbędna. Jeśli jej nie uzyskam, to będzie znaczyć, że jestem osobą nic nie wartą i nie kochaną”*. W poniższym cytacie przytoczono przykład irracjonalności ukrytej, wyrażonej delikatniej:

„Pragnę być akceptowana przez osoby ważne w moim życiu. To brak aprobaty z ich strony powoduje, że moje postępowanie jest nieodpowiednie. Właśnie to dysfunkcjonalne zachowanie najlepiej dowodzi, jak bardzo jest mi potrzebna ich akceptacja”.

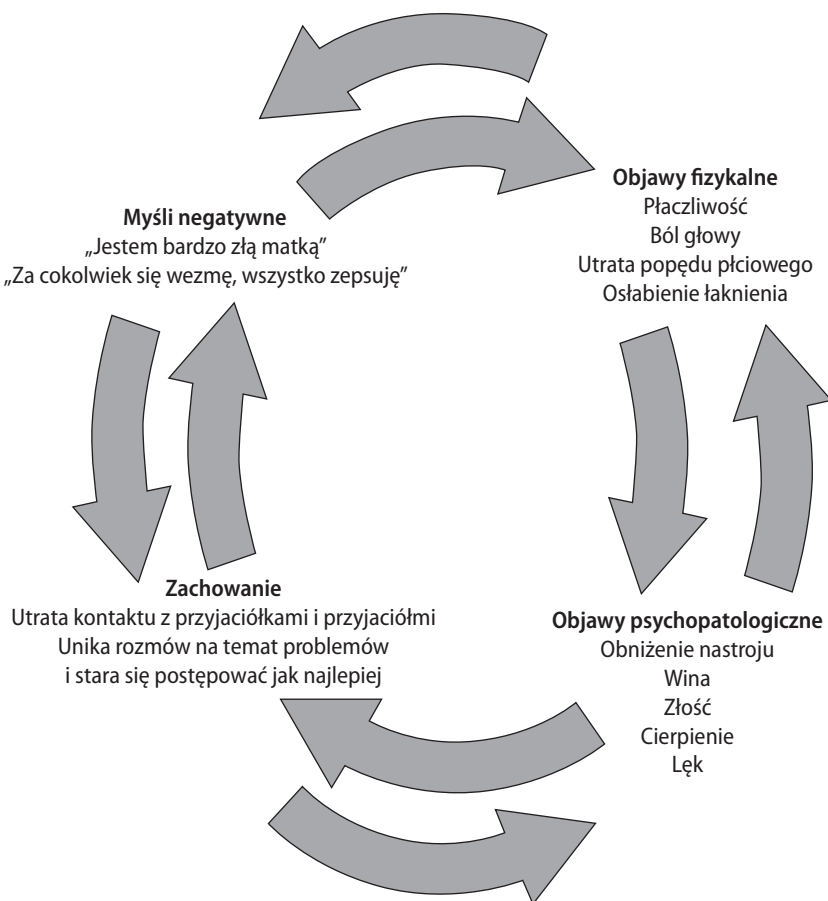
Irracjonalnym przekonaniom towarzyszą różne inne objawy psychopatologiczne, np. obniżenie nastroju i brak asertywności.

Ukazując kobiecie chorej na depresję pewne elementy logiki kryjące się w jej postępowaniu (jakkolwiek ostatecznie doprowadza ono do skutków przeciwnych niż zamierzone), podważa się mniemanie o sobie jako o istocie wyłącznie irracjonalnej. Zachęca się ją do poszukiwania i odkrywania choćby elementów znaczenia i sensu w zasadniczo nieprawidłowym myśleniu. Następnie powinna się nauczyć wykorzystywać to w wychodzeniu z trudnych sytuacji.

W procesie rozwiązywania problemów matki przeważnie można wyodrębnić pięć stadiów: (1) wyodrębnienie i określenie problemowej „sytuacji” – może to być pojedyncze zdarzenie lub cokolwiek innego, co opanowuje przeżywanie i umysł; (2) charakterystyka i przedyskutowanie myśli i emocji związanych z tą sytuacją; (3) określenie dolegliwości fizycznych towarzyszących tej sytuacji – skurcze żołądka, nudności itp.; (4) próba oceny przyczyn uczuć i dolegliwości oraz ich skutków; (5) poszukiwanie sposobów rozwiązania lub przynajmniej ograniczenia negatywnych następstw problemowej sytuacji i zjawisk z nią związanych oraz zastosowanie ich w życiu.

Myślenie matki chorej na depresję jest zdominowane treściami negatywnymi, bardzo łatwo tłumaczy ona postępowanie innych wobec siebie jako wyraz ich niechęci i potępienia. Czuje, że jest nieustannie krytycznie oceniana. Zadaniem CBT jest pomoc w rzeczowej ocenie tego rodzaju odczuć i przekonań oraz ich korekta.

Na ogół odbywa się 5–20 sesji terapeutycznych, każda z nich trwa od 30 do 60 minut (w zależności od relacji matki z terapeutą). Meager i Milgrom (1996) badali skuteczność programu leczniczego składającego się z edukacji, wsparcia społecznego oraz oddziaływań poznawczo-behawioralnych. Wykazano, że w wyniku tej złożonej terapii nastroj matek ulegał wyraźnej poprawie. Autorzy uważają, że grupowa terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną metodą postępowania w zaburzeniach okresu połogu. Na rycinie 10.1 zobrazowano proces CBT.



Rycina 10.1 Proces CBT.

Niektórzy wątpią w celowość stosowania CBT u matek, w których życiu tyle się dzieje, dokonuje się tak dużo zmian. Jednakże skuteczność tej metody uzasadnia wykorzystanie jej w depresji poporodowej. Inną sprawą jest brak terapeutów behawioralnych i wyspecjalizowanych ośrodków na terenie całego Zjednoczonego Królestwa. W związku z tym czas wyczekiwania na leczenie bywa bardzo długi. Na szczęście NICE zaleca uzupełnienie tych braków i można mieć nadzieję, że sytuacja ulegnie poprawie.

Poradnictwo niedyrektywne (aktywne słuchanie)

Kliniczne teorie i wieloletnie doświadczenie pozwoliły Carlowi Rogersowi (1957) zaproponować własne podejście. Jego koncepcje są zwarte, logiczne i opierają się na bogatym doświadczeniu psychoterapeutycznym. Rogers uważa, że każdy człowiek z natury jest dobry. Normą jest prawidłowy stan psychiczny. Schorzenia psychiczne, przestępczość oraz zbrodnie stanowią odchylenia od normy, wynaturzenia.

Według Rogersa każdy pragnie pełnego rozwoju własnych możliwości (własnego potencjału). Każdy też potrzebuje „pozytywnej akceptacji”, którą osiąga dzięki doznawanym ze strony ludzi uczuciom oraz innym oddziaływaniom wynikającym z ich uwagi, troski i miłości. „Pozytywna akceptacja” ulega przekształceniu w „pozytywną samoakceptację”, objawiającą się poczuciem własnej godności i szacunkiem dla siebie. Dokonuje się to i utrwała dzięki wierze otaczających osób w możliwość przemiany oraz zachętom i wsparciu z ich strony.

Niekiedy same wzmocnienia pozytywne i wsparcie ze strony otoczenia nie wystarczają. Zdarzają się bowiem przeżycia bardzo silnie wpływające na sferę psychiczną, prowadzące do zmiany przekonań i ostatecznie kryzysu relacji. Uwzględniając to Rogers rozwinął koncepcję „bezwarunkowej pozytywnej akceptacji”. Terapeuta akceptuje matkę taką, jaką ona jest rzeczywiście i wystrzega się wszelkich ocen jej osoby. Traktuje matkę jako osobę wartościową i obdarzoną zdolnością do przemiany, nierzadko wbrew jej niskiej samoocenie i poczuciu bezwartościowości. Okazując taką „bezwarunkową pozytywną akceptację” i szacunek dla osoby matki, zarówno swoim postępowaniem, jak i wypowiedziami, terapeuta tworzy korzystny klimat sprzyjający osobowemu rozwojowi matki. W celu wzmocnienia relacji terapeutycznej terapeuta zwraca się do matki i sprawdza, jak się ona czuje, a także, czy prawidłowo rozumie i interpretuje jej odczucia.

Kilka rzeczy różni poradnictwo niedyrektywne od dyrektywnego. W poradnictwie dyrektywnym terapeuta radzi, informuje matkę o swoich poglądach oraz wskazuje, jak powinna postąpić. Podejście niedyrektywne w większym stopniu stara się pomóc matce w poznaniu i zrozumieniu siebie i sytuacji oraz w poszukiwaniu możliwości rozwiązania problemu. Holden i wsp. (1989) przedstawili koncepcję „aktywnego słuchania” podczas spotkań. Tą metodą może się posłużyć każdy pracownik służby zdrowia już po krótkim przeszkoleniu, również w domu matki.

W warunkach opieki podstawowej i w krótkim przedziale czasowym poradnictwo niedyrektywne w połączeniu z CBT jest znacznie bardziej skuteczne niż rutynowa opieka sprawowana przez lekarza opieki podstawowej. King i wsp. (2000) stwierdzili, że po upływie 12 miesięcy wyniki i koszty leczenia były jednakowe, niezależnie od tego, którą z trzech metod postępowania zastosowano. Koszty opieki lekarskiej nie różniły się od kosztów CBT i poradnictwa niedyrektywnego.

Nie ma wielu badań porównujących terapię poznawczą z prostszymi metodami oddziaływania psychologicznego. Jednakże Milgrom i wsp. (2005) potrafili wykazać, że każda ze specjalistycznych metod górowała nad tradycyjną opieką rutynową. Harvey i wsp. (1998) oceniali znaczenie poradnictwa w opiece podstawowej. Nie wykazano żadnych różnic pod względem stopnia poprawy funkcjonowania i stanu zdrowia psychicznego pomiędzy tymi osobami, które korzystały z poradnictwa, a tymi, które były objęte wyłącznie opieką lekarza.

Pearlstein i wsp. (2006) stwierdzili, że matki zdecydowanie wolały psychoterapię interpersonalną niż leki przeciwdepresyjne bądź niż połączenie psychoterapii z psychofarmakoterapią.

Psychoterapia interpersonalna (interpersonal psychotherapy, IPT)

Twórcami IPT są Klerman i wsp. (1984). Początkowo stosowano ją w depresji, jednak z czasem rozszerzono zakres wskazań na inne zaburzenia psychiczne. Jest to „strukturalizowana metoda oddziaływania psychologicznego, charakteryzująca się aktywną postawą terapeuty i zakreśleniem granic czasowych terapii. Opiera się na interpersonalnej koncepcji zaburzeń

afektywnych. Zajmuje się głównie analizą relacji międzyosobowych w tym schorzeniu". W toku bliskiej współpracy matki z terapeutą następuje wyodrębnienie i przepracowanie konfliktów wyłaniających się w okresie wchodzenia w rolę matki. Może tu chodzić o żal z powodu utraty dotychczasowej pozycji, lęk przed nowymi wyzwaniem czy smutek w następstwie ograniczeń funkcjonowania społecznego. Dzięki aktywnej postawie terapeuty matka uczy się interpretować aktualne wydarzenia po myśli koncepcji IPT, a także poszukiwać innych sposobów radzenia sobie z trudnościami.

Terapia Gestalt

Terapię Gestalt można zastosować w każdej fazie depresji poporodowej, jest to bowiem metoda zupełnie bezpieczna dla klientki. Nacisk kładzie się na to, co dzieje się „teraz i tutaj”, a więc na aktualne przeżycia. Terapeuta wysłuchuje opowieści matki, którą nazywa się „polem”. Komentuje doznania, zgodnie z tym, co sam słyszy, obserwuje, przeżywa i czuje. Stara się też nawiązać dialog z klientką, typu „Ja i Ty”, w którym powinien zachować się stosownie do dynamizmu i kształtu interakcji terapeutycznej. Nierzadko matkom cierpiącym na depresję trudno nawiązać rzeczowy dialog z terapeutą. W procesie „kontaktowania się” w terapii Gestalt zwraca się baczną uwagę na przerwy, które wykorzystuje się do odpowiednich interwencji psychoterapeutycznych.

Grupy wsparcia

Zgodnie ze współczesnym piśmiennictwem grupy wsparcia stanowią najważniejszą i najbardziej efektywną metodę postępowania w depresji poporodowej. Najbardziej praktyczne są grupy otwarte. Każdą grupę społeczną można opisywać rozmaicie, każda z nich pełni rozmaite zadania.

Przez grupę rozumie się taką sytuację, w której uczestnicy mają wspólne cele, czyli jednokową motywację. Członkowie grupy uczestniczą w jej pracach w nadziei, a niekiedy i z pewnością, że zaspokoją to ich określone potrzeby. Niektórzy podkreślają, że każda grupa ma swoją strukturę, w której poszczególni członkowie zajmują rozmaite pozycje oraz pełnią różne role. W związku z tym relacje w grupie są bardziej sformalizowane niż w przypadkowej zbiorowości osób. Pomędzy poszczególnymi członkami tworzą się więzi i wzajemne zależności; to, co przytrafia się pojedynczemu uczestnikowi, to wpływa na całą grupę. Rozwój ważnych społecznych interakcji pomiędzy członkami grupy otwiera możliwości częstej i regularnej komunikacji. Odbywa się ona głównie bezpośrednio – „twarz w twarz”, rzadziej pośrednio. Taka komunikacja wymaga wspólnych celów (jednakowej motywacji) oraz odpowiedniego poziomu współpracy i żywych relacji pomiędzy członkami grupy. Konsekwencją tego typu komunikacji bywa również powstawanie wzajemnych zależności. Grupy niewątpliwie służą zaspokajaniu indywidualnej podstawowej potrzeby tworzenia więzi z innymi.

Grupy wsparcia matek

W organizacji pomocy dla matek chorujących na depresję grupy wsparcia odgrywają dużą rolę i cieszą się dużą popularnością. Udział w nich znacznie zmniejsza ciężkość depresji, co

poświadczają liczne badania. Zadaniem grup jest nie dogłębna analiza, lecz wytworzenie takiej sytuacji, w której uczestnicy poczuwają się do wspólnoty odczuć i poglądów związanych z okresami gorszego i lepszego samopoczucia.

Kierowana przez pielęgniarkę środowiskową grupa mająca swoją strukturę jest nie tylko skuteczna, ale i opłacalna (Gordon i wsp. 1995). Jakkolwiek brakuje danych naukowych na temat mechanizmów działania terapii grupowej, to jednak wiadomo, że w depresji u kobiet znacznej poprawie ulegają nastrój i samoocena. Wiadomo, że każda matka jest indywidualnością. Reakcje emocjonalne każdej z nich są oryginalne, niepowtarzalne, nic więc dziwnego, że nie wszystkim praca w grupie będzie odpowiadać. Wyszkolony terapeuta powinien wprowadzić do pracy grupowej pewne elementy psychoterapii bądź w pełni oprzeć się na jakiejś koncepcji oddziaływania terapeutycznego. Poprawia to funkcjonowanie grupy jako zorganizowanej całości, umacnia poczucie wspólnoty i przynależności oraz wzmacnia motywację matek do aktywnego współudziału w jej pracy. Pomaga jednak już sama możliwość podzielenia się własnymi przeżyciami oraz uczenia się na podstawie doświadczeń innych osób. Podobnie jak w wielu innych sytuacjach, mówienie obcym w grupie o swoich najbardziej skrywanych uczuciach musi być trudne.

Pitts (1999) opisała dobrze pracującą grupę prowadzoną przez pielęgniarkę środowiskową. Zgodnie z jej oceną, większość matek wyrażała zadowolenie z możliwości przedyskutowania swoich problemów oraz współodczuwania i wspólnego przeżywania spraw z koleżankami znajdującymi się w podobnej sytuacji. Udział w grupie był korzystny również dlatego, że stwarzał okazję do wyrwania się z domowej izolacji. W sumie praca w grupie jako forma pomocy w depresji poporodowej była zarówno skuteczna, jak i opłacalna. Tylko kilka matek skarżyło się na pogorszenie samopoczucia w wyniku udziału w posiedzeniach grupowych. Jednakże ogólnie należy podkreślić, że korzyści z tej formy terapii znacznie przewyższały negatywne następstwa. Podobne wyniki uzyskali Gutteridge (2001) i Ugarrizza (2004) w badaniu amerykańskim. Ten ostatni zauważył, że poprawę można uzyskać już po trzech sesjach terapeutycznych.

Istnieją przekonujące dowody potwierdzające rolę zajęć grupowych w redukcji nasilenia depresji. May (1995) stosował zajęcia grupowe z relaksacją u matek chorujących na depresję. Zadaniem grupy było nauczyć kobiety umiejętności kontroli napięcia mięśniowego, wykonywania ćwiczeń fizycznych oraz słuchania rytmicznej muzyki. Miało to na celu poprawę samopoczucia i redukcję poziomu stresu. Opracowano szeroki program, którego realizacja była koordynowana. Część zajęć prowadzili fizjoterapeuta i dietetyk, który uczył zdrowych nawyków żywieniowych. W podsumowaniu wyników tego programu stwierdzono, że większość matek po wykonaniu ćwiczeń poczuła się lepiej. Połowa grupy przyznała się do tego, że takie same ćwiczenia wykonuje samodzielnie w domu. Tylko nieliczne matki zgłaszały niepokój w związku z koniecznością przebywania z obcymi osobami w grupie. W ocenie czynników leczących najwyżej ceniono dyskusje w grupie, kobiety ceniły je znacznie wyżej niż ćwiczenia fizyczne z relaksacją. Większość matek poinformowała, że partnerzy szybko zauważali poprawę ich samopoczucia. We wnioskach podkreślono znaczenie kontaktów społecznych z grupą rówieśniczek, co zapewnia kobietom możliwość spokojnego spędzenia czasu, który mogą poświęcić swoim sprawom.

Field i wsp. (1996) opisali grupę kobiet w wieku kilkunastu lat, u których przez 5 tygodni przeprowadzono 10 sesji terapii masażem lub relaksacją. W obydwu grupach odnotowano spadek intensywności lęku zarówno po pierwszej sesji, jak i po ostatniej sesji. Jed-

nakże tylko w grupie terapii masażem stwierdzono modyfikację zachowania oraz zmiany poziomu hormonów stresu. Obserwowano przede wszystkim mniej zachowań lękowych, zwolnienie tętna oraz obniżenie zawartości kortyzolu w ślinie. Zmniejszenie zawartości kortyzolu w moczu dowodzi redukcji poziomu stresu po 5 tygodniach terapii masażem.

Do zajęć w grupach wsparcia stosunkowo chętnie przystępują matki, które rodziły po raz pierwszy, i u nich ta metoda jest najskuteczniejsza w zapobieganiu depresji. Nie tak chętnie uczestniczą w nich matki po drugim porodzie. Niektóre uważają, że takie grupy przynoszą więcej szkody niż pożytku. Starają się unikać udziału w zajęciach, szczególnie we wczesnych stadiach depresji. Należy pamiętać, że przyczyną obniżenia nastroju może być sam emocjonalny stan kobiety. Z tym wiąże się upośledzenie racjonalnego myślenia. Można mieć uzasadnione wątpliwości co do celowości podejmowania zajęć w grupie w takim stanie. Należy jednak zaznaczyć, że nawet proste programy zajęć w grupach wsparcia znacząco zmniejszają wskaźniki rozpowszechnienia depresji w okresie 3 miesięcy po porodzie.

Grupy wsparcia dla mężczyzn

Grupy wsparcia dla mężczyzn spotyka się rzadko, potwierdzają to zdecydowanie badania Huang i Warner (2005). Morgan (1997) opisał program zajęć grupy wsparcia dla matek chorych na depresję i ich partnerów w jednym z ośrodków w Australii. Szczególny nacisk kładziono na rozpracowanie lęku i innych uczuć u matek i ich partnerów. Uwzględniano też przeżywania związane z niemowlętami. Według mężczyzn, powiększenie zakresu obowiązków i odpowiedzialności wynikających z nowej sytuacji spowodowało tylko wzrost napięcia i niesnaski w życiu rodziny. W ramach zajęć grupowych chodziło o uświadomienie mężczyznom przyczyn takiego stanu rzeczy, a także o pomoc w poszukiwaniu odpowiednich metod przezwyciężania powstałych trudności. Wykorzystywano elementy psychoterapii i terapii poznawczo-behawioralnej. Wyniki badań dowiodły, że takie postępowanie przyczyniło się u mężczyzn do podwyższenia poczucia własnej wartości oraz obniżenia poziomu niezadowolenia i napięcia.

Inne metody leczenia

Dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*, świętojańskie ziele)

Badania nad działaniem tego preparatu roślinnego w populacjach chorych wskazują, że jest on skuteczny w łagodnych i umiarkowanych postaciach depresji: poprawia nastrój, sen i łaknienie. Jednak w jednym badaniu nie wykazano skuteczności dziurawca w cięższych przypadkach dużej depresji. Mogło to wynikać ze zbyt małej czułości narzędzi oceny, jednakże nie można wykluczyć zupełnego braku działania preparatu (HDTs Group 2002). Niestety, bardzo nieliczne są badania nad działaniem dziurawca w depresjach poporodowych.

Używany w terapii preparat uzyskuje się ze stężonego wyciągu ziela. Ze względu na brak standaryzacji i szczegółowych analiz chemicznych nigdy nie wiadomo, ile czynnego wyciągu znajdzie się w tabletkce. Sprzedawany jako suplement diety, nie podlega rygorystycznym

wymogom badań skuteczności i bezpieczeństwa, jakie obowiązują w przypadku leków. Nie ma przepisów regulujących zasady jego stosowania (Linde i Mulrow 2004).

Większość wchodzących w skład preparatu związków chemicznych jest znana, ale części dotąd nie oznaczono. Niewykluczone, że dziurawiec nasila aktywność neuroprzekazników, w tym serotoniny. Może też ograniczać zaopatrzenie w białkową interleukinę 6, która zmniejsza poziom niektórych hormonów (NCCAM 2007). Do częstych objawów niepożądanych zalicza się nudności, biegunki, dezorientację, suchość ust oraz zmęczenie. W niektórych przypadkach odnotowano osłabienie popędu płciowego i bóle głowy (Shelton i wsp. 2001).

Z powodu braku odpowiednich badań dziurawiec nie jest zaliczany do urzędowo akceptowanych metod psychofarmakoterapii depresji. Nie jest znany wpływ dziurawca na organizm płodu i noworodka, dlatego też nie zaleca się stosowania go kobietom w ciąży. Niewiele wiadomo na temat interakcji z innymi lekami oraz ryzyka przy karmieniu piersią, dlatego nie można go zalecać karmiącym matkom (Hendrick 2003). W sprawie przyjmowania preparatu dziurawca najlepiej poradzić się z lekarzem.

Pochrzyn włośchaty (Dioscorea villosa)

Niektórzy uważają, że dodanie do diety roślinnych steroli i sterolin działa korzystnie w depresji poporodowej. Badania farmakologiczne i kliniczne wskazują, że pochrzyn włośchaty rzeczywiście może poprawiać ogólny stan zdrowia i samopoczucie. Wysuszone kłącze pochrzynu pozwala zachować równowagę hormonalną organizmu. Zawiera ono roślinne prekursorzy substancji hormonalnych, wpływających na wytwarzanie progesteronu i estrogenów. Krem z zawartością pochrzynu (który budową jest podobny do progesteronu) łagodzi objawy depresji poporodowej. Spożywanie pochrzynu przyczynia się do normalizacji produkcji hormonów kory nadnerczy. Wydaje się, że najważniejsze działanie pochrzynu polega na zwiększeniu wytwarzania dehydroepiandrosteronu. Niestety, brakuje solidnych badań naukowych, które by potwierdzały te obserwacje.

Bodziszek (Geranium)

Bodziszek był niegdyś hodowany przy domach i służył odstraszeniu złych duchów. Był też uznanym roślinnym środkiem leczniczym. Uważa się, że sprzyja on zachowaniu równowagi emocjonalnej, działa przeciwdepresyjnie, poprawia funkcje organizmu, psychiki i emocji. Można go stosować w kąpeli, jako olejek do masażu ciała oraz w postaci odwaru. Bywa wykorzystywany w leczeniu dolegliwości okresu przekwitania oraz napięcia przedmiesiączkowego. Ma też poprawiać funkcje wątroby i nerek.

Leczenie światłem (fototerapia)

W jednym z badań wykazano przeciwdepresyjne działanie jasnego światła dziennego. Nie obserwowano żadnych działań szkodliwych dla organizmu ciężarnej. Można więc tę metodę stosować w czasie ciąży jako alternatywę leczenia farmakologicznego (Oren i wsp. 2002). W pięciodobnym badaniu otwartym jasne światło o natężeniu 10 000 luksów

(co odpowiada jasnemu światłu dziennemu) stosowano u 16 kobiet ciężarnych. Naświetlania (3–5 tygodniowo, każde po 60 minut) zaczynały się rano, w ciągu 10 minut po przebudzeniu. Ciężarne dobrze znosiły fototerapię. Tylko u dwóch kobiet pojawiły się nudności, które ustąpiły po skróceniu czasu naświetlania. Wykazano, że fototerapia w godzinach rannych jest skuteczną metodą leczenia depresji okresu ciąży. W porównaniu z chorymi na zaburzenie afektywne sezonowe, poprawa u kobiet ciężarnych następowała wolniej. Jednakże po upływie 3 tygodni fototerapii wskaźniki popraw były takie same w obydwu grupach. Ostatecznie nie ustalono, ile czasu należy stosować fototerapię, dlatego zalecono dalsze badania tej metody.

Specjalnie do wykorzystania w pokojach dla matek z dziećmi wyprodukowano żarówki nieprzepuszczające niebieskiej części widma. Ma to zapobiegać występowaniu depresji poporodowej. Zwrócono uwagę na to, że produkowana w szyszynce melatonina wydziela się do krwiobiegu w nocy, gdy oczy są zamknięte. Szczyt wydzielania wypada w środku nocy. Matka budzi się w nocy w celu obsługi niemowlęcia, zapala światło i wtedy wydzielanie melatoniny ustaje. Takie ciągłe zmiany wzorca snu zmieniają wyrzut melatoniny do krwi i w końcu dochodzi do całkowitego zakłócenia dobowego jej wydzielania, co, jak wiadomo, jest przyczyną wystąpienia objawów depresyjnych. Okazało się jednak, że wydzielanie melatoniny zaburza tylko światło niebieskie i jeśli się je wyeliminuje, to szyszynka nie przerywa wytwarzania tego hormonu. Wyprodukowano nie tylko odpowiednie żarówki, ale i okulary dla matek, których szkła nie przepuszczają niebieskich promieni (Mackenzie i Levitan 2005).

Gimnastyka lecznicza

Metoda ta ma licznych krytyków, którzy wątpią w jej przydatność u kobiet ciężarnych. Piśmiennictwo na ten temat jest skąpe. Zwraca się uwagę, że gimnastyka może się okazać skuteczna, jeśli ją połączyć z tradycyjnymi metodami terapii (Manber i wsp. 2002). Coraz częściej zaleca się ją kobietom ciężarnym, cierpiącym na łagodną i umiarkowaną depresję. Niektóre zespoły opieki podstawowej w dążeniu do pobudzenia aktywności kobiet zawierają umowy z pobliskimi ośrodkami rekreacji, które organizują i prowadzą zajęcia gimnastyczne dla grup kobiet w ciąży. Odnotowano niewiele działań negatywnych, a korzyści z tej formy terapii zdecydowanie górują nad niedogodnościami.

Ponad wszelką wątpliwość ćwiczenia fizyczne połączone z redukcją masy ciała zmniejszają o 50% ryzyko wystąpienia choroby serca, udaru i cukrzycy oraz o 30% ryzyko przedwczesnej śmierci. Systematyczne uprawianie gimnastyki symbolizuje zdrowy styl życia. Coraz częściej zachęca się do wysiłku fizycznego chorych na depresję. Departament Zdrowia jasno stwierdza, że aktywny tryb życia zdecydowanie nie tylko zmniejsza ryzyko zachorowania na to zaburzenie, ale także poprawia stan psychiczny w innych zaburzeniach. Ćwiczenia gimnastyczne podwyższają nastrój, redukują lęk, przywracają prawidłowy sen oraz zwiększają ogólną sprawność psychiczną i fizyczną. Osoby systematycznie uprawiające gimnastykę twierdzą, że jest to jeden z najbardziej skutecznych sposobów poprawy nastroju. Osoby aktywne fizycznie są bardziej zadowolone i szczęśliwe.

Od kilkudziesięciu lat poszukuje się wyjaśnienia mechanizmów działania wysiłku fizycznego, a w tym korzystnego wpływu na nastrój w depresji. W 1992 r. Veale i wsp. oceniali skuteczność dwóch programów ćwiczeń aerobowych połączonych z tradycyj-

nym leczeniem przeciwdepresyjnym. W żadnej grupie nie obserwowano wyraźniejszego wpływu wysiłku fizycznego na poprawę stanu psychicznego. Nie było korelacji pomiędzy intensywnością wysiłku a stopniem poprawy. Jednakże w późniejszej metaanalizie Craft i Landers (1998) stwierdzili, że wysiłek fizyczny jest korzystny. Bez względu na konkretne wyniki badań, gimnastyka staje się coraz popularniejsza, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Liczą się z tym ośrodki rekreacji, wynajdując coraz bardziej wyszukane i atrakcyjne formy. Chodzi nie tylko o specjalne urządzenia, ale również o inne rodzaje ćwiczeń, mające na celu zwiększenie sprawności fizycznej i umocnienie ducha.

Stare zakłady psychiatryczne oferowały podopiecznym nieosiągalne dla nich na wsi czy w mieście, własne, wygodne pomieszczenia, jakkolwiek nie to było ich głównych zadaniem. Obecnie w tych samych budynkach znajdują się kluby fitness i inne tego rodzaju placówki przeznaczone dla zdrowych kobiet i mężczyzn, w których można relaksować się i podwyższać wydolność. Swoim klientkom proponują rozmaite rodzaje niekonwencjonalnych zajęć fizycznych, które mają eliminować deficyty i usprawniać. A zatem w tych starych murach można poddać się różnorodnym formom oddziaływania, niedostępnym dla wieloletnich niegdysiejszych ich rezydentów.

„Ćwiczenia gimnastyczne przepisuje się” jak na receptę nie tylko w leczeniu dolegliwości fizycznych, ale i zaburzeń psychicznych, a szczególnie lęku i depresji (Hawkins 2001). Ćwiczenia odwracają uwagę od negatywnych myśli. Towarzyszące im społeczne interakcje z innymi osobami ćwiczącymi poprawiają samopoczucie. Nie można wykluczyć działania fizjologicznego – wzrostu zawartości endorfin i monoamin. Fox i wsp. (1997) zauważają, że wskaźniki podporządkowania się zaleceniom wykonywania ćwiczeń znacznie się waha ją i wynoszą od 20% do 50%.

Lawlor i Hopker (2001) przedstawili wyniki własnych badań, które w pełni potwierdzają wnioski płynące z wcześniejszych metaanaliz. Nie stwierdzono zależności pomiędzy rodzajem wysiłku fizycznego a wariancją wyników poszczególnych badań. Oznacza to, że ćwiczenia aerobiczne są równie skuteczne jak inne ich rodzaje. W pracy Annesi i Westcott (2001) wykazano, że natychmiastowa, choć krótkotrwała poprawa nastroju po pojedynczych, nadzorowanych zajęciach gimnastycznych pozwala przewidywać, że po upływie dalszych 10 tygodni ćwiczeń poprawa się utrwali. Nie jest łatwo powtórzyć ten rodzaj badań, ponieważ w grę wchodzi wiele rozmaitych zmiennych. Natomiast nie można było przewidzieć skuteczności ćwiczeń na podstawie parametrów pochodzących z różnych badań. Podsumowując, można przyjąć, że ćwiczenia fizyczne stanowią rodzaj oddziaływań terapeutycznych, które przynoszą poprawę samopoczucie psychicznego, fizycznego oraz funkcjonowania społecznego. Fizjologicznym wzrostem poziomu endorfin i serotoniny tłumaczy się poprawę snu, pamięci oraz nastroju w depresji. Zwiększa się przepływ krwi przez mózg, podwyższa podstawowa temperatura ciała, zanika napięcie różnych grup mięśni oraz normalizuje neuroprzeżywalność. Na podkreślenie zasługuje korzystny wpływ na funkcje emocjonalne, matki odzyskują pewność siebie oraz zaufanie do własnego organizmu i jego wydolności. Poprawia się obraz własnego ciała, co jest ważnym czynnikiem motywującym do podporządkowania się i kontynuacji programu ćwiczeń, aż do czasu osiągnięcia pełnego sukcesu. Może to być po prostu jedyny obszar życia, nad którym matka potrafi zapanować.

Niekiedy zachęca się matki do bardzo intensywnych ćwiczeń fizycznych, zawsze jednak muszą być one dostosowane do ich potrzeb i możliwości. Trzeba pamiętać, że objawy de-

presyjne mogą znacznie utrudniać podejmowanie wysiłku fizycznego. Niemożność wykonania jakiegoś ćwiczenia lub dokończenia programu pogłębia uczucia winy, niewydolności i powoduje dalsze obniżenie samooceny. W sumie jednak te niekorzystne zjawiska obserwuje się u stosunkowo niewielkiej liczby matek. U większości ćwiczenia gimnastyczne wywierają zdecydowanie korzystny wpływ. Nie ma podstaw do wątpienia, że mają one znaczenie, a być może są one skuteczne w większości zaburzeń depresyjnych.

Terapia zielenią (ekoterapia)

W ostatnich latach tzw. ekoterapia staje się coraz modniejsza. Ma ona poprawiać samopoczucie, ogólny stan zdrowia i nastroj. Działa przeciwdepresyjnie. Terapia polega na niewielkim wysiłku fizycznym w otoczeniu zieleni (Pretty i wsp. 2007). Może to być spacer w parku, wyprawa na wieś otoczoną lasami i rozległymi zielonymi polami. Niektórzy przypuszczają, że jedną z głównych przyczyn zaburzenia afektywnego sezonowego jest brak kontaktu z zielenią w miesiącach jesiennych i zimowych.

Kolor zielony zajmuje znaczą część widzialnego dla oka widma barwnego. Występuje powszechnie i jest wykorzystywany jako podstawa dla wielu innych barw. Według opinii terapeutów specjalizujących się w tej dziedzinie, zieleń uosabia spokój i łagodność. Zielone ściany w mieszkaniu zmniejszają pobudliwość, nerwowość i lęk.

W niektórych krajach Europy zaleca się terapeutyczne wizyty w gospodarstwach rolnych. Takie wczasy są bardzo korzystne dla zdrowia fizycznego i psychicznego. „Zielona opieka” polega właśnie na wykorzystywaniu pobytu w gospodarstwach rolnych do poprawy stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Zwierzęta, pola, lasy i ludzie służą rekreacji, zachęcają do wykonywania przyjemnych i pożytecznych zajęć. Z tej formy pomocy obecnie najczęściej korzystają osoby mające trudności w uczeniu się, problemy w życiu psychicznym oraz z jakichś powodów wykluczone z życia społecznego. Ekoterapia staje się coraz popularniejsza w Europie, stale wzrasta liczba gospodarstw rolnych zainteresowanych świadczeniem „zielonej opieki”. W Holandii w minionych 5 latach liczba takich gospodarstw wzrosła o 500%. W Zjednoczonym Królestwie ta metoda postępowania znajduje się w powijkach, jak dotąd zarejestrowano około 43 gospodarstwa „zielonej opieki”. Powołano do życia stowarzyszenie takich gospodarstw, którego zadaniem jest wspieranie rozwoju tej metody działania.

Z braku gospodarstw rolnych „zielonej opieki” zaleca się prostsze metody. Coraz więcej danych przemawia za korzystnym wpływem na zdrowie kontaktu człowieka z przyrodą. Pomaga to przezwyciężyć stres i uwolnić się od stresorów. W badaniu Pretty i wsp. (2007) po spacerze w otoczeniu zieleni większość osób zauważyła spadek napięcia, poprawę nastroju, wzmocnienie własnej wartości oraz zmniejszenie intensywności objawów depresyjnych. W przeciwieństwie do tej grupy, osoby przebywające w mieście skarżyły się na pogorszenie stanu psychicznego. Jednakże można korzystać z dobrodziejstw ekoterapii bez opuszczania domu, np. wyglądać przez okno na ogród, przyglądać się obrazowi przedstawiającemu pejzaż wiejski, oglądać fotografie roślin. Wpływa to na poprawę nastroju. Jednakże najbardziej skuteczną formą ekoterapii jest czynny udział w różnych zajęciach, takich jak prace w ogrodzie, przejażdżki konne, jazda rowerem po okolicy, itp.

W życiu bywa tak, że matka z niemowlęciem nie zawsze ma możliwości kontaktu z zielenią. Trzeba ją namawiać do wyjścia do parku czy ogrodu. Nawet krótki pobyt wśród zie-

leni podwyższa poczucie własnej wartości i poprawia samopoczucie. Jeśli będzie tak czyniła regularnie, to poprawa się utrwali. Nad tymi zagadnieniami prowadzone są badania, ale jak dotąd brakuje solidnych dowodów na skuteczność terapii zielenią. Jeszcze raz warto przypomnieć, że duże zakłady psychiatryczne wznoszono głównie na obszarach wiejskich, tylko wyjątkowo w miastach. Każdy stanowił samowystarczającą jednostkę organizacyjną, miał własne gospodarstwo rolne obsługiwane przez przewlekle chorych, którzy przebywali w nich od wielu lat. Pacjenci często mieli swobodę poruszania się po rozległych, zwykle dobrze uprawionych polach.

Organizacje zajmujące się zdrowiem psychicznym uważają ekoterapię za pożyteczną metodę leczenia zaburzeń psychicznych. Powinni o niej pamiętać lekarze pierwszego kontaktu i zalecać ją jako terapię wspomagającą, podobnie jak gimnastykę leczniczą. Przy tej okazji warto zastanowić się nad przyszłością lecznictwa psychiatrycznego oraz miejsca dla gospodarstw rolnych zapewniających „zieloną opiekę”. Aktualnie przekonywanie matki o celowości wyjazdu na wieś bywa niepraktyczne. Trzeba poszukiwać nowych form kontaktu z zielenią. Jest to tym bardziej uzasadnione, że w nadchodzącej dekadzie liczba domów w mieście przewyższy liczbę domostw na wsi.

Spacery z wózkiem dziecięcym

Zapewne jest to najbardziej naturalna, efektywna i powszechna forma ćwiczenia fizycznego, dostępna dla każdej matki. Spacery z wózkiem w nadzorowanej przez terapeutę grupie można uznać za niekonwencjonalną terapię uzupełniającą. Uważa się, że programy oddziaływania wykorzystujące spacery matek z wózkami sprzyjają poprawie ogólnego samopoczucia i nastroju. Niestety, brakuje badań nad skutecznością nadzorowanych przez specjalistkę programów opartych na regularnych spacerach z wózkiem matek cierpiących na depresję poporodową. Próbuje wypełnić tę lukę Armstrong i Edwards (2004). Porównano korzyści wynikające z realizacji programu „spacer z wózkiem” matek chorych na depresję poporodową z matkami bez objawów zaburzenia. W grupie chorych odbywających spacer z wózkiem zgodnie z programem podnosiła się ogólna wydolność oraz zmniejszało się nasilenie objawów depresyjnych. Z tych badań wysunięto wniosek, że wysiłek fizyczny bezpośrednio poprawia samopoczucie matek.

Rośnie popularność programu „spacery z wózkiem dziecięcym”. Dla większości matek jest to nie tylko forma terapii, ale i okazja do spotkań towarzyskich. Liczne grupy udają się na spacery na wieś. W niektórych okolicach zyskało to swoiste określenia, np. „kampania mocy” lub „pęd do radości”.

Kołysanki

Jednym ze zwyczajów, jak się wydaje po trosze przechodzących do przeszłości, jest śpiew matki, mający na celu uspokojenie i uspienie dziecka. Badania wskazują, że jest to czynność korzystnie wpływająca nie tylko na dziecko, ale i na matkę. Dużo się mówi o znaczeniu muzyki jako czynnika poprawiającym i stabilizującym nastrój. Muzykoterapia zyskuje popularność. Jest ona stosowana w domach opieki, na oddziałach psychiatrycznych dla przewlekle chorych, psychogeriatrycznych oraz ogólnych oddziałach geriatrycznych, szczególnie u chorych po przebytych urazach mózgu, ujawniających ciężkie zaburzenia

psychiczne oraz u innych pacjentów szczególnej troski. Muzykoterapia pomaga tym osobom, które mają trudności w komunikacji werbalnej i nie dysponują wystarczającym aparatem pojęciowym do wyrażania uczuć i postaw.

Za pomocą muzyki można uzewnętrznić stany emocjonalne i subtelne uczucia, nie są do tego potrzebne żadne słowa. W przyjaznej atmosferze klientka (matka) może spokojnie ujawniać skrywane i złożone emocje (np. strach, złość) i następnie owocnie je przepracowywać. W wyniku interakcji z terapeutą powstaje więź lecznicza, znacznie ułatwiająca wzajemną komunikację. Następuje podwyższenie samooceny, wzbogacenie samoświadomości oraz poprawa samopoczucia.

W muzykoterapii wykorzystuje się instrumenty perkusyjne, bongo, trójkąt, talerze, marakasy i inne, na których łatwo zagrać, które łatwo utrzymać w dłoniach i którymi łatwo poruszać. Udział w muzykoterapii nie oznacza nauki gry na instrumencie. Matka musi się dowiedzieć, jak za pomocą prostych instrumentów tworzy się rytm i melodię oraz jakie to może mieć znaczenie dla samopoczucia. Nierzadko odbywają się sesje bez instrumentów, kiedy terapeuta i matka ograniczają się do śpiewania i słuchania siebie. Muzykę dobiera się najczęściej zgodnie z indywidualnymi upodobaniami klientki.

Muzykoterapia podwyższa jakość życia osób z ciężkimi chorobami psychicznymi (Grocke i wsp. 2006). Chorzy chętniej uczestniczyli w czynnościach rekreacyjnych i okazywali więcej zainteresowania światem zewnętrznym, znacznie żywiej podejmowali współpracę z otoczeniem, łatwiej też nawiązywali i podtrzymywali kontakt wzrokowy. Badani komponowali piosenkę, którą nagrali i następnie wykorzystywali dla odprężenia i rekreacji. Było to źródłem poczucia satysfakcji z odniesionego sukcesu.

Każdy ma wrodzoną zdolność percepcji materiału muzycznego i reagowania na muzykę. Zgodnie z teorią muzykoterapii, kołysanki śpiewane przez matkę niemowlęciu wywierają wiele korzystnych działań. Warto podkreślić, że uspokajanie i usypianie dziecka przez matkę śpiewającą kołysanki jest rytuałem, w którym uczestniczą obydwie strony. Umożliwia on matce obserwację z bliska oczu i twarzyczki zapadającego w sen niemowlęcia.

Słowo „kołysanka” pochodzi od „kołysać”, natomiast angielskie „lullaby” od francuskiego „berceuse”, które oznacza „pieśń do kołyski”. Treść tekstu kołysanek nawiązuje do sytuacji pełnych łagodności i spokoju: *„Aaa, kotki dwa, szaro-bure obydwu, jeden duży drugi mały, oba mi się spodobały, aaa... nic nie będą robiły, tylko Ciebie bawily...”*. *„...Już śpią wszystkie bajki, i śpi bury miś, i cisza dokoła, i mrok ściele się, oczęta zamknij przyjdzie słodki sen, lula, lulaj, lu, lulaj, lulaj, lu, Śpij małeńki, śpij, dobranoc...”*. *„A teraz śpi w kolebusi, na różowej swej podusi, chodź senek koło płotka ‘cicho, bo już śpi Dorotka’, tak, tak, tak...”*.

W spokojnym rytmie pieśni matka wykonuje ruchy kołyszące ku przodowi i tyłowi, dzięki czemu dziecko stopniowo zapada w sen. Potwierdzają to codzienne obserwacje matek, jakkolwiek nie ma na to dowodów naukowych. Niekiedy słowa i melodia odpowiadają rytmowi bicia serca niemowlęcia, co także silnie uspokaja. Nierzadko tekst kołysanek jest bardzo rozbudowany.

Kołysanka to popularna pieśń o prostej budowie refrenicznej i niewielkim ambitusie, głównie kwarty. Najczęściej komponowana w metrum 3/4 i 6/8, w tonacji molowej lub durowej, z pierwszą nutą skali muzycznej i dominantą piątego stopnia skali i harmonii. Taka kompozycja ma ułatwiać usypianie niemowlęcia.

Matki potrafią dostosowywać sposób śpiewu do potrzeb i stanu niemowlęcia. Ważna jest umiejętność dostrzeżenia jego cierpienia, niepokoju i okazania mu współczucia. Może

to się wyrażać donośnym śpiewem i dobraną tonacją głosu: „...*Królu mój, ty śpisz, ty śpisz, a ja królu mój nie będę dzisiaj spała. Kiedyś tam będziesz miał dorosłą duszę, kiedyś tam, kiedyś tam, ale dziś jesteś, jak okruszek, który los rzucił nam...*”.

Najważniejsze jest przekazanie dziecku następującego komunikatu: „*Jestem tu z tobą, wiem jak się czujesz*”.

Jedna z matek tak opisała swoje doświadczenie: „*Gdy syneczek głośno płakał, to ja śpiewałam jeszcze donośniej. Podejrzewam, że musiał być zdumiony tym, że potrafię być głośniejsza od niego... Potem stopniowo uspokajał się i można było go ululać do snu*”.

Sprężenie ze stanem uczuciowym niemowlęcia oznacza, że matka dostrzega cierpienie, rozumie, akceptuje i współprzeżywa je. Baker i Mackinlay (2006) badali motywy wyboru kołysanek przez matki. Matki wybierały stale te same zestawy kołysanek. Dzięki temu oswajały niemowlęta z ich brzmieniem i – co ważniejsze – zapewniały atmosferę spokoju i stałości. Jak wiadomo, są to warunki ułatwiające zaśnięcie. O wyborze zestawu kołysanek decydowała nie tylko potrzeba jak najszybszego ukojenia dziecka, ale i pewne uwarunkowania osobiste matek.

Zwykły, naturalny głos matki oraz prostota słów tworzą klimat spokoju i bezpieczeństwa, którego niemowlę tak bardzo potrzebuje. Małe dzieci zapamiętują kołysanki jako wyraz bliskości, zaangażowania, ciepła i w końcu miłości. Większość ludzi łatwiej przypomina sobie emocjonalne wydarzenia z przeszłości poprzez skojarzenia z ulubionym tekstem piosenki, a trudniej – na podstawie samej wypowiedzi słownej. Dissnayake (2000) podkreśla znaczenie muzycznych interakcji pomiędzy matką a niemowlęciem – w wyniku powstającego sprężenia między nimi następuje wzmocnienie uczucia harmonii i zadowolenia. Field (1998) zauważa, że muzyka połączona z masażem leczniczym może poprawiać nastrój matki i działać uspokajająco na niemowlę.

Niewątpliwie są też terapeutyczne korzyści odnoszone przez matkę. Śpiewanie kołysanek pozwala jej się odprężyć i uwolnić od obaw. Jedna z matek opisała zakłopotanie, jakiego doświadczała w związku ze śpiewem niemowlęciu:

„W tych czasach rzadko kto śpiewa, chyba że z maszyną karaoke w pubie lub w eliminacjach do programu reality show w telewizji. Nie potrafiłabym śpiewać w obecności obcych, ale przy moim dzieciątku mogę śpiewać bez końca”.

Custodero i wsp. (2003) uważają, że interakcje muzyczne z dziećmi w znacznym zakresie zależą od stanu psychicznego matki. Im większy stres emocjonalny rodziców, tym mniejsze ich zaangażowanie w zajęcia muzykoterapeutyczne. Zdrowe matki nawiązywały z dziećmi półtora raza więcej kontaktów za pomocą instrumentów muzycznych niż matki chore na depresję. U rodziców śpiewających bądź grających dzieciom na instrumentach stwierdzano mniej objawów depresyjnych i przejawów frustracji, a także szybszą reakcję na płacz niemowlęcia. Autorzy dochodzą do wniosku, że im więcej muzycznych interakcji matki z dzieckiem, tym lepszy stan emocji u obydwu stron.

Przyczyną spadku popularności śpiewania przez matkę dziecku jest gwałtowny rozwój przemysłu płytowego. Producenci twierdzą, że nagrywana przez nich muzyka podwyższa funkcje intelektualne dziecka, poprawia wzorzec snu oraz zwiększa wydolność mózgu. Płyty kompaktowe z nagraniem specjalnie dla dzieci fragmentami symfonii są przeznaczone do odtwarzania w przedszkolu bądź w samochodzie. Papousak (1996) zauważa, że poziom czynności poznawczych niemowląt nie pozwala na percepcję złożonych pod

względem harmonii i rytmu utworów muzycznych. Przyjmuje się jednak, że zdolności percepcyjne niemowląt zupełnie wystarczają do odbioru muzyki, a szczególnie konsonansów, dysonansów oraz zmian tempa (Custordero i wsp. 2003).

Wiele klasycznych kołysanek nagrano w próbach na muzykę popularną, na przykład „Good Night” w wykonaniu Beatles i „Lullaby Good Night My Angel” Billy Joela.

Kołysanki są znane we wszystkich kulturach, niektóre są bardziej popularne i chętniej śpiewane. W Indiach Południowych i na Sri Lance kołysankę nazywa się thaalattu, a na Filipinach – huluna.

Według badań Custordero i wsp. (2003) ponad 60% rodziców codziennie uprawia jakiś rodzaj muzyki. Jest to zdumiewająco mało i dlatego należy rodziców zachęcać do większego zaangażowania w tym zakresie. Wskazana jest edukacja rodziców na temat zalet śpiewania kołysanek oraz wspólnego muzykowania z dziećmi. Śpiew kołysanek pozwala na przekazywanie dziecku pozytywnych uczuć, poprawia to samopoczucie nie tylko matki, ale i dziecka. Matka lepiej radzi z wyzwaniami i stresami macierzyństwa.

Istnieje obawa, że matka niezachęcana do śpiewu, przestanie to czynić. Grozi to ustaniem wykonywania utworów, a w końcu zapomnieniem melodii i tekstów. Nie będzie możliwości przekazu tej cennej umiejętności następnemu pokoleniu. Często matkom nawet nie przyjdzie do głowy, że mogłyby zaśpiewać. Zwyczaj ten zanika, podobnie zresztą jak recytowanie rymowanek. Dowiedziono, że dzieci uczone rymowanek osiągają lepsze wyniki w nauce. Niestety, nie ma żadnych badań naukowych nad działaniem kołysanek. Jednakże od stosunkowo niedawna wiadomo, że muzyka wywiera działanie korzystne, lecznicze. Można więc przyjąć, że śpiewanie kołysanek korzystnie wpływa na niemowlęta i dzieci. Nie można przy tym pomijać znaczenia towarzyszących śpiewowi rytualnych zachowań niewerbalnych, np. przytulania, pieszczot, kontaktu wzrokowego. Nie mniejszy wpływ mają tonacja i natężenie głosu, rytm i przede wszystkim ciepło i uczucie miłości zawarte w śpiewanej pieśni. Matka chora na depresję może mieć trudności w śpiewaniu. Jeśli jednak pokona niechęć i opory, to można się spodziewać korzystnego wpływu na jej samopoczucie. Będzie to źródłem znacznie większego zadowolenia niż z hałasu, jaki towarzyszy uruchomieniu odkurzacza czy pralki (przecież też na swój sposób pożytecznego).

Owijanie niemowląt

Niemowlęta są owijane od wieków. Zapewnia to spokój, wygodę i bezpieczeństwo. Niewiele wiadomo o historii tego obyczaju. Wykonuje się je na wiele różnych sposobów, co znakomicie można prześledzić na obrazach przedstawiających Matkę Boską z Dzieciątkiem. Jedną z najwcześniejszych wzmianek na ten temat można znaleźć w opisie narodzin Pana Jezusa w Nowym Testamencie: „I urodziła swojego pierworodnego Syna. Owinęła Go w pieluszki i złożyła w żłobie, ponieważ w gospodzie nie było dla nich miejsca” (Łk 2, 7).

Owinęte niemowlęta wykryto w wykopaliskach grobowców z czasów starożytnego Rzymu i starożytnej Grecji. W późniejszych czasach zarzucono ten zwyczaj na Zachodzie, ale zachował się on w wielu krajach Wschodu i tradycyjnych społecznościach. Pierwotnie najprawdopodobniej chodziło o unieruchomienie kończyn niemowlęcia, które zawinięte na kształt kokonu nie mogło beładnie wymachiwać rączkami, w ten sposób chroniono je przed zranieniem (Ferber i Makhoul 2004). Poza tym mogło się za tym kryć przypuszczenie, że utrzymywanie wyprostnej pozycji kończyn będzie korzystne dla prawidłowego ich wzrostu.

Niemowlę owija się w tkaninę ciasno, tak by powierzchnia ciała była lekko uciskana. To zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa. Niejako odtwarza się wrażenia naporu płynu owodniowego na ciało, a zatem bezpiecznych warunków, w jakich dziecko przebywało przez wiele miesięcy w łonie matki.

Ocena korzyści z owijania opiera się na obserwacjach matek. Stwierdzają one, że dzięki temu niemowlęta lepiej śpią i są spokojniejsze. W kilku badaniach zauważono jeszcze większe korzyści. Najbardziej odpowiednią pozycją owiniętego niemowlęcia w łóżeczku jest ułożenie na plecach. Zgodnie ze współczesnymi zapytowaniami ma to zapobiegać śmierci łóżeczkowej. Ponadto owinięcie wydłuża okresy spokojnego snu, zmniejsza częstość samoistnych wybudzeń, a po przebudzeniu zachowanie niemowląt cechuje się większą żywością (Franco i wsp. 2005; Gerrard i wsp. 2001).

Tradycyjny sposób owijania jest prosty i łatwy do wykonania, oczywiście o ile niemowlę nie stawia oporu. Na twardym podłożu rozkłada się małe prześcieradło (najlepiej bawełniane) z zagiętym rogami. Dziecko układa się na plecach w ten sposób, by szyja znalazła się w pobliżu zagiętego rogu. Lewą ręką ujmuję się róg prześcieradła, którym owija się ciało, a koniec wsuwa pod spód. Dolny róg kładzie się nad stopami. Prawą ręką chwyta się odpowiadający jej róg prześcieradła i owija dookoła ciała, pozostawiając na zewnątrz szyję i głowę. Tak się owija niemowlę przed położeniem go spać.

Niektórzy protestują przeciwko owijaniu i podają szereg argumentów. Tak dokładne zawinięcie uniemożliwia kontakt skóry ze skórą, niezbędny do wytwarzania kortyzolu. Badania na szczurach pokazały, że owinięcie materiałem powodowało spadek zawartości serotoniny i dopaminy, z czym wiązało się nasilenie agresji.

W konstrukcji nowoczesnych nosidełek wykorzystuje się dużo materiału, dynamiczne naprężenia oraz metalowe bądź plastikowe obręcze, do których mocuje się materiał. Matka owija się szalem z materiału, utkanego zwykle z mocnej i lekkiej bawełny bądź kretonu. Przeciąga go od jednego ramienia do przeciwnego biodra dookoła i z powrotem, na drugie ramię. Zakończenie materiału przekłada przez powstałą pętlę i ściąga tak, by można go było zacisnąć jak klamrę. Powstaje kieszeń, w której umieszcza się niemowlę. Masa ciała niemowlęcia, zgodnie z prawami fizyki, wywołuje pewne naprężenia, w wyniku czego pętle nosidełka dostosowują się do rozmiarów ciała niemowlęcia, zapewniając mu wygodną pozycję. Rozmiary nosidełka można zmieniać, dzięki czemu nie ma trudności w dostępie do niemowlęcia i piersi karmiącej matki. Prawdłowo założone nosidełko zabezpiecza niemowlę przed wypadnięciem. Nie powinno ono sięgać poniżej linii bioder matki, nie powinno też być za ciasne, co poza niewygodą może wyzwać uczucie klaustrofobii.

W miarę rozwoju dziecka nosidełko obciążające jedno ramię matki przestaje być praktyczne. Niesymetryczne rozmieszczenie zwiększonej masy ciała niemowlęcia może wywoływać u matki dolegliwości w okolicy grzbietowej. Im staranniejsze dopasowanie i lepszy gatunkowo materiał, z którego wykonano nosidełko, tym łatwiej o równomierne rozmieszczenie masy ciała niemowlęcia, a przez to odpowiednie obciążenie pleców i ramion matki, a także tym dłużej jest ono przydatne. Na ryc. 10.2 ukazano prawidłowy sposób owijania niemowlęcia walisjską chustą. Wykorzystano większy niż w nosidełku kawałek materiału (około 2 m długości i 1 m szerokości), z tym że jego jakość nie może być gorsza, gdyż jego przeznaczenie jest takie samo. Chustę układa się na lewym ramieniu matki. Przytrzymując niemowlę owija je chustą i przeciąga do prawego biodra i chwyta ją lewą ręką. Drugą część chusty matka owija dookoła talii, a jej koniec wtyka pod ciało niemowlęcia. Masa ciała nie-



Rycina 10.2 Chusta walijska do noszenia niemowląt.

mowlęcia rozciąga materiał ku dołowi, w ten sposób powstaje wygodna kieszeń. Noszenie niemowlęcia uwalnia obydwie dłonie, matka może wykonywać różne zadania, mając cały czas niemowlę przy sobie.

Ten zwyczaj, znany w Walii i niektórych częściach północnej Anglii, obecnie wychodzi z mody. Niemniej jednak przedstawiciele starszego pokolenia poświadczają, że nie ma skuteczniejszej metody uspokajania czy opanowywania marudzenia dziecka. Jeszcze dzisiaj niekiedy widzi się na ulicach babcie i prababcie, które spacerując wieczorami z niemowlętami w chustach starają się je uspokoić. Jedna z matek opowiedziała, że chętnie powierzała córeczkę (aktualnie ośmiomiesięczną) babci, która potrafiła ją ukoić i uspić. Sama w tym czasie korzystała z chwili wytchnienia. Jednak wiele matek odnosi się z niechęcią do tej metody. Uważają ją za nieporęczną, kłopotliwą. Niemniej jednak widać wyraźnie, że korzyści związane ze stosowaniem chusty zdecydowanie przeważają nad wszelkimi niedogodnościami z nią związanymi.

Natomiast ten sposób noszenia niemowląt cieszy się popularnością w innych społeczeństwach i w tak odmiennych cywilizacyjnie obszarach, jak Szwecja i Afryka. Wcale nie tak rzadko widuje się niemowlęta owinięte szalem i niesione przez matkę (lub ojca) czy to na plecach, czy z przodu – przytulone do piersi bądź zawieszane nad biodrami. W Afryce ten sposób określa się mianem kangas. Na zachodzie przyjęto stosować nazwy handlowe, np. Tiny Tush, Robojox, Little Pods.

Oczywiście i w tej metodzie można się dopatrzeć pewnych niekorzystnych czynników. Na przykład nieumiejętne i nieprawidłowe owinięcie i umocowanie grozi wypadnięciem, zderzeniami z przedmiotami czy poparzeniem gorącym płynem trzymanym w ręce przez matkę. Niektórzy obawiają się, że tak ściśle przywieranie do matki i nadmierna opiekuńczość spowodują uzależnienie od matki, czyli „zepsuje” dziecko.

Liczniesze są zalety prawidłowo przeprowadzonego owinięcia i umocowania niemowlęcia w nosidełku. Trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę na bliski, wzajemny kontakt fizyczny niemowlęcia i matki. Matka swobodnie posługuje się rękami, bez trudu może karmić piersią. Łatwiej jej doglądać pozostałe dzieci. Nosidełko z niemowlęciem wspomaga mięśnie grzbietu i karku oraz łagodzi wszelkie dolegliwości w obrębie ramion. Matce tworzącej z niemowlęciem całość łatwiej podróżować, wsiadać i wysiadać. Nie potrzebuje wózka i innych urządzeń do przenoszenia niemowlęcia z samochodu czy do autobusu.

Ciepło płynące z ciała matki i odczuwane przez niemowlę daje mu poczucie bezpieczeństwa. Znajdując się na poziomie klatki piersiowej odbiera uspokajające bicie serca matki. Niemowlę może obserwować otaczający świat, przedmioty i osoby. Ma to podstawowe znaczenie dla rozwoju umiejętności kontaktów społecznych. Pionowa pozycja ciała przyczynia się do poprawy utlenowania krwi. Istnieją obawy dotyczące zagrożeń dla kręgosłupa i stawów biodrowych niemowlęcia, jednakże brakuje badań naukowych, które by je uzasadniały. Co więcej, pewne obserwacje wskazują, że ułożenie nówek starszego niemowlęcia wokół bioder matki może zapobiegać dysplazji stawu biodrowego.

Noszenie w chuście krótko po urodzeniu pomaga niemowlęciu w tym przejściowym okresie przystosować się do warunków życia pozałonowego. Pozwala mu to regulować układy ruchów i równowagi, a także sen (Ferber i wsp. 2002). Dzięki stymulacji przedsionków niemowlęta lepiej się rozwijają.

Pojawiają się doniesienia mówiące o tym, że noszenie niemowlęcia w chuście zmniejsza objawy depresji poporodowej. Dzieje się tak dzięki żywszej interakcji pomiędzy niemow-