

Przypadki depresji okołoporodowej u ojców

Paternal perinatal depression: cases

Marlena Sokół-Szawłowska

Poradnia Przykliniczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

For many years there has been a debate among psychiatrists as to whether and how the patient's gender modifies the psychopathological picture of depression. Despite many years of research on trigger mechanisms, clinical features and the consequences of perinatal depression in women, one can still get the impression that too little is known about this mental disorder in the perinatal period in women. As for men, there are only few reports showing the consequences of paternal depression for the physical and emotional development of a newborn child. The article describes several cases of male patients who struggled with symptoms of depression in the perinatal period of their partners. In all stories one can find a cause-and-effect relationship between the episode of depression and the perinatal period. In spite of similar life circumstances and traits characteristic of depression in men, many differences in the course of the illness were also observed. Each of the patients required pharmacological treatment. Depending on the clinical and life situation, parallel psychotherapy was recommended, and in one case 24-hour hospitalization. In one of the men, an important trigger factor was the episode of postpartum depression in the partner. In the depressive state, all three men had to temporarily give up their care role in relation to their partner and then the child. Applied comprehensive treatment in all three fathers brought symptomatic and functional remission. Good mental health translated into a good adaptation to care for a little child and satisfaction as a father. The article presents perinatal depression in fathers as a real clinical problem that requires further in-depth research.

Słowa kluczowe: depresja, okres okołoporodowy, ojciec

Key words: depression, perinatal period, father

Wstęp

W obszarze badań nad zaburzeniami afektywnymi dużo uwagi poświęca się różnicom między depresją występującą u kobiet i mężczyzn, ich uwarunkowaniom biologicznym i społeczno-kulturowym. Nadal trwa dyskusja o odmienności obrazu

i wpływie płci na leczenie. O depresji okołoporodowej u matek wiadomo, że może skutkować poważnymi konsekwencjami dla zdrowia kobiety, dziecka oraz funkcjonowania całego systemu rodzinnego [1]. Jednakże depresja związana z urodzeniem się dziecka może dotyczyć też ojców. Do tej pory opublikowano stosunkowo mało doniesień na ten temat. Podkreśla się w nich, że depresja u ojców może wywołać lub nasilać trudności w relacjach partnerskich, zaburzać prawidłową więź i rozwój dziecka oraz wywoływać u niego zaburzenia behawioralne na wczesnym etapie życia [1–3].

Epidemiologia

Około 10% ojców doświadcza objawów spełniających kryteria epizodów depresji o różnym nasileniu w okresie od I trymestru ciąży partnerki do roku po urodzeniu dziecka (vs. 24% matek) [3]. Częstość występowania depresji u ojców w okresie tylko poporodowym jest szacowana na 1,2–25,5% [4]. U kobiet po urodzeniu dziecka najczęściej depresja ujawnia się w pierwszych 3 miesiącach, podczas gdy ojcowie doświadczają jej w 3–6 miesiącu od porodu [5]. Ciężka depresja matki dziecka zwiększa o 50% ryzyko wystąpienia tego zaburzenia u ojca [6]. Podobnie silny wpływ ma historia rodzinnego występowania depresji u obojga rodziców mężczyzny [7]. Mogą jej towarzyszyć zaburzenia lękowe. Przed porodem doświadcza ich 4–16% mężczyzn, a po porodzie 2,5–18% [8].

Neurobiologiczne podłoże kształtowania się postaw rodzicielskich

U mężczyzn, podobnie jak u kobiet, kształtowanie postaw rodzicielskich (ojcowskich) opiera się na zmianach hormonalnych, modyfikacji aktywności poszczególnych obszarów mózgu i zjawisku neuroplastyczności. Kluczową rolę, znowu podobnie jak u kobiet, odgrywa oksytocyna, hormon odpowiedzialny za tworzenie więzi międzyludzkich [5]. Badania na małej grupie par rodzicielskich wykazały, że stężenie oksytocyny nie różni się u matek i ojców, jednak najprawdopodobniej jej działanie jest odmiennie w zależności od płci rodzica [9]. Hormony steroidowe u mężczyzn również odgrywają ważną rolę w procesie stawiania się ojcem. Na etapie zachowań reprodukcyjnych poziom testosteronu wzrasta, a po narodzinach dziecka spada [5, 10]. Struktury mózgowe współuczestniczące w kształtowaniu zachowań i emocji rodzicielskich to podwzgórze, śródmózgowie, kora mózgowa, układ limbiczny i paralimbiczny [5]. Niemowlę dostarcza nowych bodźców, które modyfikują działanie szlaków neuronalnych u rodziców i wpływają na ich zachowania i emocje. W ten sposób dochodzi do zabezpieczania podstawowych potrzeb dziecka, a w kontekście roli mężczyzny pojawia się poczucie ojcostwa. Badania reakcji rodziców na bodźce ze strony niemowlęcia wykazały, że u matek funkcjonuje mózg „emocjonalny”, a u ojców „socjokognitywny”. Kobięcy/mateczyny jest związany z większą aktywnością ciała migdałowatego (po stronie prawej). Natomiast męski/ojcowski wyraża się w większej aktywności przyśrodkowej kory przedczołowej (po stronie lewej). Opis pozostałych neurobiologicznych aspektów ojcostwa wykracza poza ramy tego opracowania [5, 11].

Prawdopodobne mechanizmy wywołujące depresję okołoporodową u ojców

Fizjologiczne przystosowanie do macierzyństwa przejawia się pod postacią zmniejszenia poziomu lęku i odpowiedzi na stres oraz wzmocnienia zachowań ochronnych w stosunku do noworodka. W trakcie opieki nad dzieckiem w układzie korowo-limbicznym niektórych kobiet na zwiększoną reaktywność w obszarach związanych z emocjami nakładają się stres oraz zmiany hormonalne o dużej dynamice [5, 12]. Dowiedziono, że w depresji poporodowej dochodzi do zaburzeń funkcjonowania sieci (*saliency network*) odpowiadających za rozpoznawanie bodźców wywołujących lęk oraz ważnych sygnałów pochodzących od dziecka. Wyniki badań nad depresją wskazują na zwiększenie poziomu lęku i zmniejszenie reaktywności układu korowo-limbicznego na sygnały mające związek z noworodkiem [7, 13]. Nadal brakuje poprawnych metodologicznych prac na licznych populacjach ojców na temat zmian strukturalnych i funkcjonalnych widocznych w badaniach neuroobrazowych.

Łatwiejsze do zbadania są natomiast potencjalne czynniki predykcyjne dostępne dzięki ocenie klinicznej i badaniom laboratoryjnym. Dowiedziono, że źródłem stresu dla mężczyzn jest III trymestr ciąży partnerki, co może się wiązać ze spadkiem intensywności pożycia seksualnego [14]. Inny prawdopodobny czynnik to niedobór androgenów. Mężczyźni stają się podatni na depresję nie poprzez doświadczenie porodu (jak kobiety), ale w czasie podejmowania roli ojca, szczególnie gdy w ich życiu dzieje się to po raz pierwszy. Najprawdopodobniej najsilniejszym psychologicznym czynnikiem jest rozbieżność między wcześniejszym wyobrażeniem o ojcostwie a realiami [4]. Ciekawa i wymagająca kolejnych pogłębionych analiz wydaje się wspomniana już zależność ciężkiej depresji matki, która o 50% zwiększa ryzyko depresji ojca – podobnie jak wzajemne indukowanie się partnerów depresją w okresie okołoporodowym. Jak dotąd nie wyjaśniono mechanizmu tego zjawiska. Być może wiąże się ono z dobieraniem się w pary osób z podatnością do chorowania na depresję [6].

Kolejne opisywane czynniki ryzyka u ojców to m.in. depresja w przeszłości, trudna relacja partnerska, słabe wsparcie społeczne, bezrobocie, problemy z prawem, nieplanowana ciąża partnerki, cechy osobowości niedojrzałej oraz uzależnienia [4, 15]. Interesująca jest obserwacja, że tylko u ojców z rodzin pochodzenia z nadopiekuńczym wzorcem wychowania wzrasta ryzyko depresji (u matek tak się nie dzieje) [16]. Uwaga matki dziecka po porodzie jest skierowana na noworodka, co w mężczyźnie może wywoływać lub nasilać poczucie odrzucenia (szczególnie w sytuacji dysfunkcyjnej zależności od partnerki). Przy pierwszym dziecku rola ojca wymaga dużych zdolności adaptowania się do czynności pielęgnacyjnych u noworodka, ale często dominujące bywa poczucie braku kompetencji. Może to skutkować wycofaniem się ojca z tego obszaru [14]. Zaburzenia rytmu okołodobowego to jeden z czynników predykcyjnych depresji, a deprywacja snu rodziców we wczesnym etapie po porodzie jest doświadczeniem powszechnym. Nocne aktywności i potrzeby pielęgnacyjne dziecka mogą u ojców doprowadzać m.in. do pogorszenia się wydajności w pracy zarobkowej, która najczęściej nie jest przerywana. Taki mechanizm utrudnia adaptowanie się do nowej roli i budzi kolejne frustracje. Wystąpienie depresji u ojca sprawia, że w systemie rodzinnym małe dziecko i opiekująca się nim matka przestają być jedynymi osobami wymagającymi wsparcia oraz troski.

Obraz kliniczny depresji u ojców

Pomimo iż w najnowszej klasyfikacji DSM-5 opis objawów depresji poporodowej nie różni się od innych typów depresji, nie można zapominać, że u mężczyzn może się ona przejawiać odmiennie niż u kobiet [17]. W wypadku mężczyzn bardziej typowy jest wzrost drażliwości, impulsywności; mogą się u nich pojawiać zachowania ryzykowne, tendencja do nadużywania substancji (czasem w ramach autoterapii), wycofanie społeczne, spadek odporności na stres [18, 19]. Depresja u ojca może być niewłaściwie postrzegana przez najbliższe otoczenie jako fizjologiczna zmiana związana z odmiennością rodzinną, społeczną i ekonomiczną tego etapu w życiu mężczyzny. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym ustalenie właściwej diagnozy jest bagatelizowanie swojego stanu przez mężczyznę. Wynika to najczęściej ze stereotypowego społecznego zakazu okazywania słabszej formy lub porównywania swoich obciążeń do obciążeń kobiety. Wyniki badań ukazują natomiast, że mężczyźni nawet częściej niż kobiety po porodzie doświadczają takich stanów emocjonalnych jak bezsilność, strach, frustracja, obawy o przyszłość, lęki z komponentą somatyczną, uczucie wyczerpania i drażliwość, która może dominować lub wręcz zastępować smutek [4, 20].

Konsekwencje nieleczonej depresji u ojca

Objawy depresji zaburzają funkcjonowanie doświadczającej jej osoby. Kobieta po urodzeniu dziecka najczęściej na jakiś czas rezygnuje z ról zawodowych, natomiast mężczyzna pełni je nadal nieprzerwanie lub ze stosunkowo krótką przerwą. Zaburzenia funkcji poznawczych (pamięci roboczej, krótkotrwałej i funkcji wykonawczych) w przebiegu depresji u ojców na ogół przyczyniają się do obniżenia funkcjonowania zawodowego [5]. Depresja poporodowa z cechami wycofania się z roli rodzicielskiej u matki niemowlęcia ma szczególnie niekorzystny wpływ na jego wczesny rozwój. Natomiast najbardziej niekorzystne ze strony ojca cierpiącego na depresję są drażliwość z wybuchami gniewu, sztywność afektu, niska samoocena i stosowanie używek [16]. Jednocześnie relacja ojciec–niemowlę jest kluczowa dla rozwoju dziecka i kształtowania u dziecka odpowiedzi na stres. Dowiedziono, że obniżenie nastroju u ojca wywołuje wystąpienie u niemowlęcia zjawiska określonego mianem negatywnego temperamentu. Ojcowie w depresji (przez zawężenie wachlarza swoich emocji) mają gorszą jakość interakcji i zaburzoną komunikację z dzieckiem. Mniej zabaw „twarz w twarz” z ojcem w okresie niemowlęcym upośledza zdolności komunikacyjne dziecka, kluczowe dla jego dalszego rozwoju. Ojcowie w stanie depresyjnym mniej angażują się w stymulację poznawczą niemowlęcia oraz w porównaniu ze zdrowymi ojcami częściej stosują przemoc wobec członków najbliższej rodziny [5, 21].

Poniżej zostaną opisane doświadczenia kliniczne z przebiegu diagnozowania depresji, jej leczenia i podtrzymywania poprawy u trzech mężczyzn. Pacjenci to ojcowie, u których epizod depresji wystąpił w okresie okołoporodowym ich partnerek. Pomimo podobnych okoliczności życiowych u każdego ojca depresja miała odmienny przebieg i wymagała indywidualnego i kompleksowego leczenia.

Przypadek I

35-letni mężczyzna zgłosił się do psychiatry po II trymestrze ciąży żony (37. r.ż.). Małżeństwo wychowywało już 3-letniego synka. Obecna ciąża była nieplanowana, gdyż w rodzinie panowała obawa przed prawdopodobnymi wadami u kolejnego dziecka (związanymi z wiekiem kobiety). W pierwszych tygodniach ciąży starsze dziecko miało przeprowadzony dość pilny zabieg laryngologiczny. Rodzice bardzo to przeżywali ze względu na nieobecność mamy (z powodu dolegliwości ciążowych) przy operowanym dziecku. Warunki mieszkaniowe rodziny były dość skromne. Gdy małżonkowie dowiedzieli się o ciąży, mężczyzna zaczął intensywnie sprawdzać swoją zdolność kredytową z zamiarem zakupu większego mieszkania. Na tym etapie doznał bardzo silnej frustracji. Jako naukowiec dotychczas zarabiał bowiem na życie „od grantu do grantu”, co utrudniało zapewnienie rodzinie większego mieszkania. W tym samym czasie żona musiała od pierwszych tygodni ciąży zrezygnować z prowadzenia firmy zajmującej się usługami księgowymi (zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego ciążę wysokiego ryzyka). Opisywany mężczyzna nie miał żadnych obciążeń somatycznych. W wywiadzie rodzinnym dużym stresem ostatnich lat była poważna choroba onkologiczna starszego brata naukowca (leczzonego w zagranicznych ośrodkach). Poza opisanymi powyżej obciążeniami badanie psychiatryczne nie wykazało innych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych. Osobowość przedchorobowa nie wykazywała cech dysfunkcyjnych, mężczyzna miał liczne i satysfakcjonujące relacje w najbliższej rodzinie i gronie znajomych. Potrafił też w efektywny sposób planować pracę, aby aktywnie uczestniczyć w wychowaniu syna.

Przez całą ciążę mężczyzna towarzyszył żonie w kompleksowej diagnostyce, która wykluczyła występowanie wad płodu. Już w I trymestrze pacjent zaczął odczuwać intensywne objawy lękowe z somatyzacją (palpitacje serca, nagła potliwość, drżenia ciała). Towarzyszyły im katastroficzne oczekiwania oraz okresowo poczucie odrealnienia. Nie chciał obciążać żony, dlatego nie zwierzał się jej. W kolejnych tygodniach do obrazu zaburzeń dołączały się objawy, które znacznie utrudniały mu wykonywanie obowiązków zawodowych, co stało się bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do psychiatry.

Badanie wykazało, że u pacjenta występowały narastające w czasie następujące objawy: zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, anhedonia, abulia, lęk wolno płynący z okresowymi atakami lęku z intensywnymi doznaniem somatycznymi, umiarkowanie obniżony nastrój, dysforia w środowisku domowym, skierowana do syna (z towarzyszącym dużym poczuciem winy pacjenta), zaburzenia pierwszej fazy snu, utrata apetytu (znaczny niedobór wagi), zwiewne myśli rezygnacyjne i nastawienia hipochondryczne (w stosunku do siebie). Mężczyzna zaprzeczył występowaniu myśli samobójczych i objawów psychotycznych. Narastały natrętne obawy, czy zdoła towarzyszyć żonie w czasie porodu (z przykrą świadomością, że nikt go nie zastąpi). Towarzyszyło mu też poczucie osamotnienia z powodu braku wsparcia ze strony rodzin pochodzenia.

Wyniki badań laboratoryjnych, rozszerzonych o pilną diagnostykę obrazową mózgu (w związku z chorobą onkologiczną OUN brata), nie wykazały żadnych niepokojących odchyłeń od norm. Rozpoznano epizod depresyjny umiarkowany ze znacznie nasi-

lonymi objawami lękowymi z somatyzacją. Przeprowadzono sesję psychoedukacji. Wspólnie z pacjentem ustalono włączenie kuracji farmakologicznej złożonej z paroksetyny w dawce 20 mg/d rano oraz trazodonu 100 mg/d w dawce przyjmowanej przed snem. Tolerancja w pierwszych 4 tygodniach stosowania była dobra. Mężczyzna zaczął przesypiać noce i poprawiał się jego apetyt. Pozostałe objawy w niewielkim stopniu uległy osłabieniu. Z tego powodu oraz ze względu na obawy pacjenta związane z koniecznością uczestniczenia w zbliżającym się porodzie od 5. tygodnia kuracji dawkę paroksetyny zwiększono do 40 mg/d. Już w pierwszych dniach od modyfikacji leczenia pacjent poczuł dość wyraźną zmianę w codziennym funkcjonowaniu. Prawie całkowicie ustąpiły objawy lęku, co przełożyło się na lepsze funkcjonowanie poznawcze w miejscu pracy. Po powrocie do domu mężczyzna znów zaczął aktywnie uczestniczyć w życiu synka, który nie musiał się już obawiać, że ojciec będzie na niego krzyczał. Co więcej, poprawa stanu psychicznego, a szczególnie większy wewnętrzny spokój udzieliły się w ostatnich dniach przed porodem żonie pacjenta. Relacja mężczyzny na temat przebiegu naturalnego porodu z jego dość aktywnym udziałem była potwierdzeniem, że dzięki kuracji farmakologicznej wspartej psychoedukacją doszło do remisji objawowej i funkcjonalnej. Pacjent bez nadmiernych obaw radził sobie z opieką nad drugim synem, od pierwszego dnia uczestniczył w czynnościach pielęgnacyjnych. Leki w dawkach niższych, podtrzymujących (paroksetyna 20 mg/d i trazodon 75 mg/d) przyjmował do 7. miesiąca życia dziecka. Po upływie 13 miesięcy od porodu nie stwierdzono nawrotu jakichkolwiek objawów.

Wnioski

1. Nagromadzenie czynników stresowych związanych z ciążą i przygotowaniem warunków mieszkaniowych do przyjęcia drugiego dziecka najprawdopodobniej przyczyniło się do wywołania epizodu depresji u pacjenta.
2. Psychoedukacja i zastosowana u mężczyzny kuracja farmakologiczna doprowadziły do ustąpienia objawów jeszcze przed dniem porodu i pomogły w adaptowaniu się do sytuacji już po urodzeniu się drugiego dziecka.

Przypadek II

29-letni mężczyzna zgłosił się do psychiatry z powodu narastania objawów depresji. Matka pacjenta od wielu lat leczyła się z powodu zaburzeń depresyjnych. Mężczyzna w 21. r.ż. przeszedł pierwszy w życiu epizod depresji umiarkowanej leczony przez 4 miesiące preparatem z grupy SSRI (opisywano wtedy również cechy osobowości anankastycznej). Czynnikiem spustowymi pierwszego epizodu były najprawdopodobniej zmiany w życiu (wyprowadzka od rodziców, rozpoczęcie studiów na politechnice oraz rozstanie z dziewczyną po 3 latach związku). Po zakończeniu studiów inżynierskich mężczyzna podjął pracę w zawodzie, który dawał mu dużą satysfakcję. W 25. r.ż. ożenił się z kobietą, którą znał od kilku miesięcy i która była fizycznie bardzo podobna do jego pierwszej dziewczyny. Małżeństwo przez kilka lat leczyło się z powodu problemów z zająciem w ciąży. Leczenie odniosło oczekiwany skutek. Już od momentu

informacji o ciąży mężczyzna zaczął obserwować u siebie zwiewne objawy lękowe z zawrotami głowy oraz przemijające myśli, że dziecko „wprowadzi chaos do ich poukładanego życia”. Narastały też obawy, czy i jak sobie poradzi w roli ojca. Cała ciąża przebiegała prawidłowo. Syn urodził się zdrowy i o czasie drogą cesarskiego cięcia (planowo z powodu problemów ortopedycznych rodzącej). W 3. tygodniu od porodu kobieta zaczęła wykazywać typowe dla depresji poporodowej objawy, które trwały nieprzerwanie do 3. miesiąca życia dziecka. Wtedy rodzina zgłosiła się do psychiatry, który ustalił diagnozę i zalecił leczenie farmakologiczne. Równolegle zalecono cotygodniowe sesje terapii poznawczo-behawioralnej, w których na etapie diagnozy dwa razy uczestniczył pacjent. Początkowy okres leczenia u żony sprawił, że mężczyzna poczuł się bezradny i osamotniony. Bał się, że żona będzie musiała rozpocząć leczenie szpitalne i to na niego spadnie cała opieka nad dzieckiem. Jednocześnie miał narastające problemy z koncentracją uwagi i narastał jego strach przed koniecznością rezygnacji z pracy i utratą dochodów. Do opisanych obaw dołączyły zaburzenia rytmów dobowych (zaburzenia wszystkich faz snu). W ciągu 2–3 tygodni mężczyzna stał się drażliwy, wycofany, nie potrafił docenić zaangażowania swojej matki, która włączyła się w opiekę nad wnukiem. Mężczyzna zaczął „zajadać stres”, zrezygnował z siłowni i popełniał błędy w pracy. Osoby z najbliższego otoczenia obserwowały u niego smutek z licznymi pesymistycznymi wizjami przyszłości (nie spełniały kryteriów urojeń). Obniżyła się samoocena mężczyzny i miewał on wybuchy złości. Występowały myśli rezygnacyjne, pacjent negował myśli samobójcze. Po kilku latach przerwy pojawiły się czynności natrętne pod postacią wielokrotnego mycia rąk. Pogorszenie się samopoczucia przypomniało pacjentowi okres pierwszego epizodu depresji, dlatego sam zgłosił się do lekarza psychiatry i był gotowy do podjęcia leczenia farmakologicznego.

Po przeprowadzeniu badania i po ocenie wyników badań laboratoryjnych (bez odchylenia od normy) rozpoznano epizod depresji umiarkowanej w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających. Zaproponowano leczenie wertioksetyną w dawce 10 mg/d oraz trazodonem w dawce 150 mg/d przed snem. Mężczyzna na 3 tygodnie zrezygnował z pracy zawodowej. Po upływie 5 tygodni od początku kuracji (tolerancja dobra) doszło do wyraźnej odczuwalnej poprawy samopoczucia. Ustąpiła większość objawów. Nadal jednak mężczyzna obserwował u siebie mniejszą kreatywność i poczucie chaosu w czasie pracy koncepcyjnej. Opisane objawy były trudne do zaakceptowania dla chorego, z tego względu dawka wertioksetyny została zwiększona do 20 mg/d na okres 2 miesięcy (bez zmian w dawkowaniu trazodonu). Już w 2. tygodniu od tej modyfikacji poprawiła się znacznie jego wydajność w pracy, wzrosła samoocena. Relacje w rodzinie poprawiły się. Dziecko rozwijało się prawidłowo, żona odnalazła się w roli matki. Małżonkowie poczuli się na tyle kompetentni i niezależni, że zrezygnowali z codziennego wsparcia matki pacjenta. W 4. miesiącu życia syna pacjent miał poczucie, że zaczyna budować z nim dobrą relację, bo m.in. w czasie zabawy twarzą w twarz dziecko pozytywnie na niego reagowało. Momenty zabawy z synem, a nawet pielęgnacji były dla pacjenta dużym zaskoczeniem, gdyż wcześniej nie spodziewał się, że tego rodzaju banalne sytuacje mogą być źródłem aż takiej radości. W trakcie badania psychiatrycznego i rozmowy terapeutycznej stwierdzono występowanie remisji

objawowej i funkcjonalnej. Pacjentowi zalecono leczenie dawkami podtrzymującymi leków przeciwdepresyjnych i ponowną ocenę stanu psychicznego za 4 miesiące.

Wnioski

1. Po kilku latach od pierwszego epizodu depresji, w okresie przed urodzeniem się pierwszego dziecka, doszło do nawrotu lękowych oczekiwań.
2. Depresja poporodowa u żony wyzwoliła u pacjenta pełnobjawowy epizod depresji, który wymagał zastosowania złożonej kuracji farmakologicznej.
3. Wielomiesięczne leczenie z modyfikacjami dawek leków doprowadziło do remisji całkowitej i poczucia satysfakcji w roli ojca.

Przypadek III

39-letni mężczyzna, w drugim związku małżeńskim (pierwsza żona nie tolerowała jego stanów depresyjnych i zdecydowała o rozstaniu). Od 24. r.ż. występowały u pacjenta zaburzenia depresyjne i był z tego powodu przewlekle leczony ambulatoryjnie i na oddziałach dziennych. W czasie terapii na oddziale dziennym mężczyzna poznał swoją przyszłą drugą żonę. Para wzięła ślub, gdy oboje mieli po 34 lata. Małżeństwo było harmonijne, choć oboje nadal zmagali się z depresją nawracającą, przyjmowali leki i uczestniczyli w indywidualnych procesach psychoterapeutycznych (związanych m.in. z doświadczaniem różnych form przemocy w dzieciństwie). Lekarze psychiatrzy oraz terapeuci prowadzący terapię wielokrotnie i niezależnie obserwowali u tej pary małżeńskiej zjawisko wzajemnego indukowania się obniżonym nastrojem i napięciem. To samo dotyczyło okresów, kiedy przez wiele miesięcy byli w remisjach objawowych i funkcjonalnych. Właśnie w czasie takiego wielomiesięcznego okresu bez objawów małżeństwo zaczęło starania o dziecko. Jednakże dopiero współpraca ze specjalistami centrum leczenia niepłodności (w składzie poszerzonym o psychologów i psychiatrów) umożliwiła zajście w ciążę. Para spodziewała się przyjścia na świat córki. W momencie zapłodnienia pacjent był w trakcie kuracji podtrzymującą dawką 15 mg/d escitalopramu wraz z zaleconą i sprawdzoną (po wielu nieudanych próbach) potencjalizacją w postaci 100 mg/d lamotryginy. Należy podkreślić, że w toku wielu lat leczenia wykluczono objawy choroby afektywnej dwubiegunowej (nigdy dotychczas nie wystąpił epizod manii czy hipomanii związanej bądź niezwiązanej z kuracją przeciwdepresyjną). Jednocześnie empirycznie u chorego wykazano, że w ciągu wielu lat leczenia najdłuższe remisje występowały w trakcie przyjmowania opisanego powyżej połączenia leku z grupy SSRI i normotymicznego.

W czasie trwania ciąży sytuacja rodzinna chorego zmieniła się, ponieważ jako informatyk pracujący z domu zaczął spędzać z żoną relatywnie więcej czasu. Kobieta była cały czas pod opieką psychiatry, nie przyjmowała leków, a po połowie ciąży zrezygnowała z psychoterapii indywidualnej. Całą ciążę kobieta przeszła w stanie remisji, a po porodzie drogami natury przez pierwsze miesiące nie wystąpiły u niej objawy depresji. Doszło do tego w 6. miesiącu od porodu. Wtedy u żony pacjenta rozpoznano epizod depresji poporodowej i zdecydowano o powrocie do kuracji far-

makologicznej z psychoterapią indywidualną. Natomiast mężczyzna od pierwszych tygodni ciąży żony (pomimo regularnego przyjmowania leków i ponad 2-letniego okresu bez nawrotu depresji) zaczął odczuwać niepokój psychoruchowy i niewielkiego stopnia lęki z oczekiwaniem negatywnych wydarzeń. Stał się też wybuchowy w stosunku do żony, co łączyło się z dużym poczuciem winy. Już po pierwszym tygodniu takiego stanu mężczyzna zgłosił te objawy swojemu psychoterapeucie. Terapeuta zalecił pilną konsultację u lekarza psychiatry. Pacjentowi bardzo zależało, aby wyjątkowo w okresie ciąży żona przestała figurować w dokumentacji medycznej jako osoba upoważniona do pozyskania informacji o jego stanie zdrowia. Mężczyzna obawiał się, że jego pogłębiająca się depresja i bez tego może niekorzystnie wpłynąć na stan psychiczny partnerki. W trakcie badania okazało się, że zarówno nastrój, jak i napęd chorego są obniżone, pogarszał się też u niego apetyt. Jednocześnie mężczyzna przespiał całe noce i mógł nadal pracować intelektualnie w warunkach domowych. Nie występowały myśli samobójcze, okresowo zdarzały się ruminalne depresyjne. Lekarz prowadzący rozpoznał epizod depresyjny umiarkowany w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających i zalecił zwiększenie dawki escitalopramu do 20 mg/d oraz dalszą obserwację stanu psychicznego. Po modyfikacji kuracji stan psychiczny pacjenta unormował się.

Po trzech tygodniach od powrotu żony z dzieckiem ze szpitala do domu u pacjenta zaczęły narastać objawy depresyjne związane czasowo z zaburzeniem rytmów okołodobowych. Wymuszona deprywacja snu polegała na wstawaniu co ok. 3 godziny do dziecka w ramach pomagania partnerce lub tylko na budzeniu się z powodu płaczu córki. Pacjent stał się drażliwy, smutny, spowolniony, stopniowo tracił apetyt, a po nieprzespanych nocach nie mógł efektywnie pracować. Pojawiły się u niego bardzo nasilone myśli rezygnacyjne ze skrajnie zaniżoną samooceną i negatywną oceną swojej osoby w roli ojca. Dochodziło również do wspomniania traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Mężczyzna zaprzeczał występowaniu objawów wytwórczych, ale potwierdzał myśli samobójcze z tendencją ich realizacji. Pierwszy raz podczas epizodu depresji pacjent czuł się na tyle źle, że był gotowy na hospitalizację całodobową. Jednocześnie bał się jej i nie chciał zostawiać żony samej z dzieckiem w takim momencie życia. Dopiero zapewnienie, że z żoną będzie mogła zamieszkać na kilka miesięcy starsza samotna siostra pacjenta (obie rodziny pochodzenia ze względu na przeszłość nie były nawet poinformowane o narodzinach wnuczki), przyczyniło się do zgłoszenia ze skierowaniem do szpitala. Mężczyzna wyraził zgodę na leczenie. Zdiagnozowano epizod depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi, gdyż mężczyzna dopiero po kilku dniach hospitalizacji ujawnił urojenia zubożenia. Na oddziale odstawiono escitalopram, zastosowano leczenie wenlafaksyną (w maksymalnej dawce 225 mg/d) oraz olanzapiną (5 mg/d). Utrzymano lamotryginę w dawce 100 mg/d. Już w 1. tygodniu kuracji złożonej obserwowano stopniowe ustępowanie części objawów. Po 4. tygodniu objawy całkowicie ustąpiły. Mężczyzna relacjonował jednak liczne obawy związane z przepustką domową, dlatego pierwsza trwała tylko 4 godziny. To spotkanie z rodziną było dla chorego źródłem stresu. Kolejna dwudniowa przepustka nastąpiła po mniej więcej tygodniu i tym razem pacjent był zadowolony z jej przebiegu. Mężczyznę wypisano do domu w stanie wyraźnej poprawy stanu psychicznego po 6 tygodniach hospitalizacji.

W chwili wypisu nastrój i napęd były wyrównane, nie występowały zaburzenia snu i łaknienia. Nie występowały lęki. Pacjent negował myśli rezygnacyjne i samobójcze. Negował objawy wytwórcze, a swoim zachowaniem nie zdradzał ich występowania. Zalecono stosowanie wenlafaksyny w dawce 150 mg/d, 2,5 mg/d olanzapiny oraz 100 mg/d lamotryginy. W czasie kolejnej oceny stanu psychicznego (3 tygodnie po wypisie z oddziału) pacjent relacjonował, że wrócił do obowiązków zawodowych. Jednocześnie uczestniczył już w opiece nad dzieckiem. Masa ciała pacjenta wzrosła o ok. 5 kilogramów w porównaniu z wagą sprzed ciąży partnerki. W czasie tamtej wizyty utrzymano dawki leków zalecone po wypisie. Po 2 miesiącach remisji objawowej i funkcjonalnej w kuracji farmakologicznej odstawiono olanzapinę i utrzymano dawki pozostałych leków w kuracji. Po takiej modyfikacji nie doszło do nawrotu objawów. Mężczyzna odczuwał zadowolenie z zajmowania się córką wraz z żoną.

Wnioski

1. Mężczyzna chorujący na zaburzenia depresyjne nawracające już w okresie wczesnej ciąży żony i zmian w codziennym funkcjonowaniu doświadczył niewielkiego pogorszenia stanu psychicznego, które ustąpiło w trakcie leczenia ambulatoryjnego.
2. Deprywacja snu związana z nocną opieką nad dzieckiem przyczyniła się do wystąpienia ciężkiego epizodu depresji, który wymagał leczenia szpitalnego.
3. W czasie hospitalizacji uzyskano pełną remisję, która przyczyniła się do podjęcia przez pacjenta wszystkich aktywności związanych z rolą ojca oraz do powrotu do pracy.

Omówienie

Urodzenie się dziecka wiąże się z wielowymiarowym stresem, a niektórzy autorzy określają go nawet kryzysem psychicznym, w którym następuje porzucenie pozycji dziecka i przyjęcie statusu rodzica [22]. Ta zmiana pociąga ze sobą przewartościowanie relacji z własnymi rodzicami. W okresie okołoporodowym u obojga rodziców mają miejsce nieświadome i świadome procesy związane z własnym dzieciństwem. Jeśli było ono naznaczone doświadczeniami traumatycznymi, to m.in. ich wspomnienia mogą indukować wystąpienie objawów lękowych i depresyjnych, ujawniać depresję maskowaną lub być przyczyną nawrotu w przewlekłych zaburzeniach psychicznych [22–24]. Jak wiadomo z badań epidemiologicznych, rola stresu w ujawnieniu się objawów depresji jest największa w pierwszym epizodzie. Stresujące wydarzenia życiowe to głównie różne kategorie strat, ale mogą nimi być okresy obciążenia emocjonalnego związanego z przystosowaniem się do nowych warunków czy podjęciem nowych ról i obowiązków [25]. Oczekiwanie na dziecko, a potem duża zmiana sytuacji życiowej jest takim momentem w życiu mężczyzny i może prowadzić do depresji okołoporodowej.

Trzej opisani pacjenci zgłosili się do lekarza psychiatry w okresie, gdy ich partnerki były w ciąży lub w okresie poporodowym. Każdy z nich doświadczał pierwszego w życiu epizodu depresji lub kolejnego w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających,

podobnie jak jest to opisywane w innych publikacjach [2, 5, 6]. Każdy z opisanych mężczyzn doświadczał mniej lub bardziej silnych objawów lękowych z somatyzacją lub bez niej. Obserwacja ta wydaje się niezwykle istotna, gdyż nadal trwa dyskusja na temat braku właściwych narzędzi diagnostycznych do oceny szerokiej symptomatologii depresji mężczyzn oraz podkreśla się nawet konieczność uzupełniania skal do oceny nasilenia depresji skalami do oceny natężenia lęku z somatyzacją w grupie ojców [26]. Zaburzenia rytmów dobowych to również wstępne objawy, które u opisywanych pacjentów poprzedzały szerszą symptomatologię depresyjną. Występowały one pod postacią zaburzeń snu jeszcze w trakcie ciąży partnerki lub już w trakcie nocnej opieki nad niemowlęciem. Właśnie taka chronologia jest opisywana w badaniach obserwacyjnych. Podobna sytuacja dotyczy zaburzeń łaknienia, które wystąpiły u opisywanych chorych [14, 15, 27]. Dodatkowo w obrazie psychopatologicznym razem ze smutkiem lub nawet bez niego zaznaczała się obecność dysforii. Badacze podkreślają, że jest ona istotną składową depresji u mężczyzn, m.in. ze względu na jej wpływ na relację partnerską czy możliwe zachowania przemocowe w stosunku do najbliższych [26, 28].

Wszyscy trzech pacjenci doświadczyli negatywnego wpływu zaburzeń procesów poznawczych na aktywność zawodową, która nawet musiała być okresowo przerwana. Zespoły badaczy zajmujących się profilaktyką podkreślają, że pogorszenie wydajności pracy ojców po urodzeniu dziecka paradoksalnie jest czynnikiem, który uświadamia im fakt chorowania i skłania do poszukiwania specjalistycznej pomocy [29]. W dwóch z opisywanych przypadków partnerki również chorowały na depresję, ale tylko w jednym z nich można doszukać się zjawiska wzajemnego indukowania się depresją, które jest opisywane w literaturze przedmiotu [2, 6, 16]. Obserwacje kliniczne i wyniki dostępnych badań dowodzą, że dzięki kompleksowemu leczeniu ojcowie mogą doświadczyć poczucia, że depresja minęła i wrócić do wypełniania swoich ról. Tak właśnie było w opisywanych przypadkach. Pacjenci w remisji mieli lepsze relacje z partnerkami oraz interakcje z dziećmi, doświadczali też pozytywnych emocji, co zgodnie z wynikami badań stanowi najistotniejszy cel skutecznego leczenia depresji ojców w takim momencie cyklu życia rodziny [2, 28–30].

Wnioski końcowe

Opis przedstawionych przypadków klinicznych częściowo potwierdza wyniki badań przytoczonych na początku opracowania. Skłania jednocześnie do wniosku, że depresja u ojców jest słabo zbadanym zagadnieniem, które wymaga dalszych badań klinicznych, rozszerzonych o badania neurofizjologiczne. Uzyskana w ten sposób wiedza może przyczynić się w przyszłości do skutecznej profilaktyki (pierwotnej i wtórnej), której celem jest ograniczenie negatywnego wpływu depresji okołoporodowej na samych ojców, jak również na całe systemy rodzinne w dłuższej perspektywie czasowej.

Piśmiennictwo

1. Hanley J. *Depresja poporodowa i zaburzenie dwubiegunowe*. W: Hanley J red. *Zaburzenia psychiczne w ciąży i położu*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009. S. 35–51.
2. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. *Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis*. J. Affect. Disord. 2016; 206: 189–203.
3. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. *Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence*. Obstet. Gynecol. 2004; 106(5 Pt 1): 1071–1083.
4. Schumacher M, Zubaran C, White G. *Bringing birth-related paternal depression*. Women Birth. 2008; 21(2): 65–70.
5. Sundstom Poromaa I, Comasco E, Georgakis MK, Skalkidou A. *Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period*. J. Neurosci. Res. 2017; 95(1–2): 719–730.
6. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. *Correlates of ante – and postnatal depression in fathers: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2011; 130(3): 358–377.
7. Goodman JH. *Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health*. J. Adv. Nurs. 2004; 45(1): 26–35.
8. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. *Prevalence and course of anxiety disorder (and symptom level) in men across the perinatal period: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2016; 190: 675–686.
9. Atzil S, Hendler T, Zagoory-Sharon O, Winetraub Y, Feldman R. *Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: Relations to oxytocin and vasopressin*. J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry 2012; 51(8): 798–811.
10. Archer J. *Testosterone and human aggression: An evaluation of the challenge hypothesis*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2006; 30(3): 319–345.
11. Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R. *Father's brain is sensitive to childcare experience*. Proc. Natl. Acad. Sci. U S A 2014; 111(27): 9792–9797.
12. Jaeschke R, Dudek D. *Zaburzenia psychiczne u kobiet w wieku rozrodczym. Depresja poporodowa*. W: Dudek D, Rymaszewska J red. *Psychiatria na obcasach*. Warszawa: Medical Education Oficyna Wydawnicza; 2014. S. 79–104.
13. Moses-Kolko EL, Horner MS, Philips ML, Hipwell AE, Swain JE. *In search of neural endophenotypes of postpartum psychopathology and disrupted maternal caregiving*. J. Neuroendocrinol. 2014; 26(10): 665–684.
14. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. *The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood*. Aust. N Z J Psychiatry 2014; 38(1–2): 56–64.
15. Edward KL, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. *An integrative review of paternal depression*. Am. J. Mens Health 2015; 9(1): 26–34.
16. Deater-Deckard K, Pickering K, Dunn JF, Golding J. *Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team*. Am. J. Psychiatry 1998; 155(6): 818–823.
17. *DSM-5. Kryteria diagnostyczne*. Urban & Partner; 2015.
18. Addis ME. *Gender and depression in men*. Clin. Psychol. Sci. Prac. 2008; 15(3): 153–168.
19. Rol P, Chodkiewicz J. *Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2015; 24(4): 199–207.

20. Marcinowicz P, Więdołcha M. *Depresja okołoporodowa u ojców*. W: Mosiołek A red. *Okołoporodowe zaburzenia psychiczne: diagnostyka i standardy postępowania*. Nowa Wola: Prawo Medyczne 24; 2018. S. 135–144.
21. Field T. *Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review*. *Infant. Behav. Dev.* 2010; 33(1): 1–6.
22. Cramer B. *Pierwsze dwa lata. Co się dzieje pomiędzy matką, ojcem i dzieckiem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
23. Śpila B, Makara M, Chuchra M, Pawłowska B. *Związek stresujących wydarzeń życiowych z zaburzeniami stanu psychicznego*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(1): 115–123.
24. Sokół M. *Stresowe wydarzenia w wieku rozwojowym jako czynnik zdrowotny warunkujący późniejsze funkcjonowanie społeczne*. Praca doktorska. Akademia Medyczna w Lublinie; 2006.
25. Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. S. 305–375.
26. Psouni E, Agebjörn J, Linder H. *Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool*. *Scand. J. Psychol.* 2017; 58(6): 485–496.
27. Maleki A, Faghizadeh S, Niroomand S. *The relationship between paternal prenatal depression: The PATH model*. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 102–107.
28. O'Brien AP, McNeil K, Flether R, Conrad A, Wilson A, Jones D i wsp. *New father's perinatal depression and anxiety-treatment options: An integrative review*. *Am. J. Mens Health* 2017; 11(4): 863–876.
29. Feeley N, Hayton B, Zelkowitz P, Carrier ME. *Care for postpartum depression: What do women and their partners prefer?* *Perspect. Psychiatr. Care* 2015; 52(2): 120–130.
30. Koch S, De Pascalis L, Vivian F, Meurer Renner A, Murray L, Arteche A. *Effects of male postpartum depression on father-infant interaction: The mediating role of face processing*. *Infant Ment. Health J.* 2019; 40(2): 263–276.

Adres: Marlena Sokół-Szawłowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Poradnia Przykliniczna
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: msokol@ipin.edu.pl

Otrzymano: 8.01.2019

Zrecenzowano: 24.03.2019

Otrzymano po poprawie: 10.07.2019

Przyjęto do druku: 10.07.2019