

6.11. Zespół stresu pourazowego (PTSD) po porodzie

Anna Bajus

Narodziny dziecka często postrzegane są jako ogromna życiowa zmiana, która wiąże się tylko ze względnie pozytywnymi aspektami dla ogólnego funkcjonowania rodziny. Taka zmiana, według powszechnej opinii, powinna dostarczać kobiecie poczucie spełnienia oraz radości. Jednak dla wielu kobiet poród nie jest przyjemnym doświadczeniem. Często jest to bardzo trudne przeżycie, po którym część matek odczuwa pourazowy stres i silne napięcie. Traumatyczne doświadczenia porodowe mogą odcisnąć piętno na fizycznym oraz emocjonalnym samopoczuciu kobiety, a także jej nowo narodzonego dziecka oraz całej rodziny.

TRAUMA PORODOWA ORAZ JEJ KONSEKWENCJE

Ciąża jest okresem, w czasie którego kobieta często wyobraża sobie oraz planuje, w jaki sposób odbędzie się jej poród. Niestety, wielokrotnie te wyobrażenia odbiegają od rzeczywistości. Poczucie braku kontroli nad postępem porodu, bardzo długi i bolesny poród, nieplanowane cięcie cesarskie, wszelkie niezaplanowane interwencje medyczne, takie jak użycie kleszczy, próżnościągu czy też nacięcie krocza sprawiają, że poród może być dla kobiety traumatycznym przeżyciem. Nieprofesjonalne zachowanie ze strony personelu medycznego, utrata poczucia godności poprzez np. nieszanowanie granic przez lekarzy, a także brak wsparcia ze strony partnera lub osób bliskich, również mogą przyczynić się do określania przez kobietę swojego porodu jako traumatycznego doświadczenia.

PTSD jest zaburzeniem lękowym wywołanym przez bardzo stresujące lub przerażające wydarzenie (lub wydarzenia), które często objawia się poprzez koszmary nocne oraz niekontrolowane wspomnienia danego przeżycia. Ten stan zyskał miano jednostki chorobowej po I wojnie światowej, gdy wielu mężczyzn, którzy powracali z terenów objętych zagrożeniem, doświadczało szeregu takich samych symptomów, obecnie znanych jako typowe dla PTSD. Ponad 100 lat później zespół stresu pourazowego nadal wielu osobom kojarzy się głównie z traumą po wojnie, dotyczącą wyłącznie mężczyzn.

Czym jest trauma porodowa?

PTSD po traumatycznym porodzie

Jednak wiele milionów kobiet doświadczało (i nadal doświadcza) podobnych objawów jak mężczyźni powracający z wojny (Ballard, 1995; Fones, 1996). Dopiero w 1990 r. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne uznało poporodowy zespół stresu pourazowego za jednostkę chorobową. Wcześniej wpis dotyczył określania traumy jako przeżycia czegoś „spoza skali typowych ludzkich doświadczeń”. Poród wcześniej traktowany był jako wydarzenie życiowe, które nie pasowało do tego opisu z racji powszechności występowania. Nowy zapis ustanowił traumatyczne przeżycie także jako zdarzenie, kiedy „osoba jest świadkiem lub doświadcza poważnego zagrożenia fizycznego dla siebie lub innych, na które zareagowała strachem, przerażeniem lub bezradnością”.

Jak wynika z obecnych danych, około 800 kobiet dziennie umiera przy porodzie, a wiele doznaje poważnego uszczerbku na zdrowiu (dane z Międzynarodowej Organizacji Zdrowia). Poród może być zatem zdecydowanie określany jako zdarzenie, które odciska silne piętno na psychice kobiety.

Istotne jest także podkreślenie, że poród nie musi „wyglądać” na traumatyczny dla postronnych osób, by go w ten sposób określić. Kobieta, która przeżyła poród bez komplikacji i medycznych interwencji, nadal może określać go jako traumatyczny z istotnych dla niej powodów. Takimi czynnikami mogą być np. brak wsparcia otoczenia i poczucie utraty godności.

Ważne

Według badań szacuje się, że około 1,5 do 6% kobiet doświadcza zespołu stresu pourazowego po porodzie (Wijma, 1997; Creedy, 2000; Czarnocka i Slade 2000). Niektóre badania mówią nawet o 30% kobiet, które po traumatycznym porodzie cierpią na PTSD. Są także dowody na to, że wraz z wystąpieniem PTSD u 75% kobiet występuje równocześnie depresja poporodowa (White, 2006; Parfitt i Ayers 2008).

Rozpowszechnienie
porodowego
PTSD wśród
kobiet

Dane te nie są dokładne, gdyż PTSD często jest mylnie diagnozowane jako depresja poporodowa, a także zaburzenia lękowe. W wielu przypadkach zdarza się także, że kobieta nie poszukuje pomocy u specjalisty, gdyż zarówno ona, jak i jej otoczenie chcą wierzyć, że radość z macierzyństwa szybko wypiera złe wspomnienia porodowe. Niestety, często skutki takiego niezdiagnozowanego zaburzenia można odczuwać przez wiele lat po porodzie.

EPIDEMIOLOGIA

Czynniki ryzyka

Kobiety, które odczuwały brak kontroli nad tym, co działo się podczas porodu, a także te, które nie miały odpowiedniego wsparcia ze strony bliskich lub personelu szpitala, w którym kobieta rodziła, są w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia PTSD po porodzie. Brak informacji o trudnościach związanych z okołoporodowymi wydarzeniami również zwiększa to ryzyko.

Czynniki społeczne

Częściej zauważalne jest wystąpienie PTSD u kobiet, które nie miały dużego wpływu na przebieg swojego porodu, np. z powodu nieplanowanego cięcia cesarskiego lub użycia kleszczy. Często doświadczały one poczucia dysocjacji w trakcie trwania porodu (nie odczuwały swojej obecności w danym miejscu podczas trwania wydarzenia). Także wydarzenia po porodzie (np. brak kontaktu skóra do skóry, brak wsparcia w nauce karmienia piersią) mogą wpłynąć na rozwinięcie tego zaburzenia.

Przebieg porodu

Doświadczenia okołoporodowe związane z niekompetencją personelu lub brakiem empatii z jego strony również mają znaczący wpływ na ocenę porodu jako traumatycznego. Kobiety często skarżą się na przeprowadzanie badań bez ich uprzedniego o tym informowania, o braku dostępu do znieczulenia mimo próśb, a także o niekulturalnych odpowiedziach ze strony zarówno położnych, jak i lekarzy. Wszystkie te czynniki doprowadzają do poczucia bezsilności w trudnej sytuacji porodu, gdzie poczucie sprawczości i pewności siebie powinno być szczególnie wspierane.

Zdecydowanie częściej poporodowe PTSD dotyka także te kobiety, które miały już w swojej historii traumatyczne przeżycia. U ofiar przemocy seksualnej w dzieciństwie, osób, które wcześniej doświadczyły problemów ze zdrowiem psychicznym (depresja, zaburzenia lękowe, PTSD), ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego jest wyższe nawet pięciokrotnie niż u osób bez takich doświadczeń.

Opis przypadku

Urszula, l. 28. Pacjentka, której imię zostało zmienione na jej prośbę, wspomina swoją ciążę jako spokojny okres. Dziecko było oczekiwane od kilku lat, kobieta otrzymywała stałe wsparcie męża oraz rodziny. Planowała poród

siłami natury w wybranym przez siebie szpitalu, uczęszczała do szkoły rodzenia prowadzonej przez położne pracujące w tej placówce. Zarówno lekarz ginekolog, jak i położne nie wspominali nic o możliwych trudnych stanach psychicznych po porodzie – wszelkie przekazywane informacje dotyczyły głównie opieki nad dzieckiem.

Poród rozpoczął się w 40. tygodniu ciąży, przyjęcie na oddział odbyło się w nocy, z uwagi na wczesny etap porodu pacjentka została sama na oddziale patologii ciąży (mąż miał dołączyć rano, gdy Urszula zostanie przeniesiona na salę porodową). Silne wymioty oraz osłabienie pojawiały się na zmianę ze skurczami porodowymi. Jednak pacjentka nie otrzymała wsparcia od personelu, a wręcz przeciwnie – dostała jedynie reprimendę za pobrudzenie pościeli.

Nad ranem rozpoczął się „właściwy” poród, w którym mógł uczestniczyć mąż Urszuli. Badanie USG wykazało, że dziecko będzie stosunkowo duże (możliwe ponad 4 kg), jednak nie zostało to uznane za wskazanie do cięcia cesarskiego).

Skurcze porodowe pacjentka definiuje jako ból, który prowadzi na „skraj świadomości”, odłączając jej myśli od ciała. Personel okazywał niezadowolenie z powodu krzyków, twierdząc, że „jeszcze na to za wcześnie, nawet się porządnie nie rozpoczęło” (pacjentka zacytowała jedną z położnych). Podczas porodu większość czasu położna nadzorowała jego przebieg, na samym końcu wzywając lekarza (co jest rutynową procedurą).

Lekarz – w ocenie pacjentki oraz jej męża – był nieprzyjemny, prawie nieodpowiadający na zadawane mu przez nich pytania. Wydawał polecenia personelowi, nie zwracając się wprost do pacjentki. Gdy puls dziecka zaczął spadać z powodu zbyt długiego czasu porodu, lekarz nakazał „przyśpieszenie” wyjścia dziecka na zewnątrz. Mimo prób parcia ze strony pacjentki dziecko nie mogło się wydostać, lekarz więc bez uprzedniego poinformowania pacjentki zastosował „chwyt Kristellera” (który może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia kobiety, m.in. odpowiadać za poważne urazy macicy, uszkodzenie pochwy, tkanek krocza, krwotok czy zatorowość), polegający na ucisku łokciem na brzuch w celu wypchnięcia dziecka z macicy. Równocześnie z tym wydarzeniem położna, również bez uprzedzenia, dokonała zabiegu nacięcia krocza pacjentki. Ten moment pacjentka opisuje jako całkowite poddanie się i utratę kontroli nad przebiegiem porodu.

Synek urodził się zdrowy (otrzymał 9 na 10 punktów skali Apgar), jednak z powodu podwyższonego u niego poziomu bilirubiny musieli obydwójce pozostać w szpitalu dłużej niż standardowo (6 dni). Urszula każdy dzień wspomina jako koszmarne doświadczenie – z powodu bólu krocza nie mogła sprawnie się poruszać ani siedzieć, a brak wsparcia w opiece nad dzieckiem oraz pomocy przy karmieniu dziecka potęgowały nagromadzenie się negatywnych emocji.

Urszula przez wiele miesięcy po porodzie doświadczała natłoku wspomnień, które potęgowały jej poczucie winy (obarczała się tym, że nie potrafiła „lepiej” urodzić synka oraz że pozwoliła lekarzowi na procedury, które mogły zaszkodzić jej i dziecku). Dokuczały jej koszmary nocne, a bardzo wymagające dziecko dodatkowo umacniało ją w poczuciu, że nie daje sobie rady jako matka. Dopiero wizyta u psychoterapeuty, do którego udała się za namową bliskich, pomogła jej w uświadomieniu sobie, że cierpi na depresję poporodową oraz PTSD poporodowe. Podjęto leczenie (psycho-terapia), które przyniosło znaczną ulgę i poprawę stanu pacjentki.

DIAGNOZOWANIE POPORODOWEGO ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO

Można wyróżnić cztery główne objawy, które wskazują na występowanie poporodowego zespołu stresu pourazowego:

- Ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia, często objawiające się poprzez koszmary nocne, „flashbacki” (niechciane nagłe obrazy pojawiające się przed oczami, przypominające o zdarzeniu) lub natrączywe wspomnienia. Powodują one zwykle panikę oraz duży stres u osoby ich doświadczającej.
- Unikanie wszystkiego, co przypomina o stresogennym zdarzeniu. To może oznaczać np. odmowę pójścia na spacer w pobliżu szpitala, w którym kobieta rodziła, albo niechęć do spotkań z innymi kobietami i ich małymi dziećmi. Ciągłe przetwarzanie w głowie traumatycznego zdarzenia jest na tyle trudne, że kobieta zwykle stara się unikać w rozmowach z innymi tematów związanych z porodem oraz miejsc, które przywołują bolesne wspomnienia.
- Poczucie stałej gotowości, czyli bycie cały czas wyczulonym na wszelkie sygnały z zewnątrz. Z tego powodu możliwe jest także wystąpienie zaburzeń koncentracji, podirytowanie i problemy ze snem. Charakterystyczne

Objawy
poporodowego
PTSD

są także zmiany nastroju oraz wysoki poziom stresu, które wynikają z bycia „na straży” i oczekiwania na wystąpienie zagrożenia.

- Poczucie smutku i przygnębienia. Kobieta doświadczająca zespołu stresu pourazowego po porodzie może czuć się winna i obarczać siebie za swój traumatyczny poród. Może także mieć problemy z odtworzeniem w pamięci części wspomnień związanych z całym wydarzeniem.

Kobiety dotknięte zespołem stresu pourazowego opisują także często swoje emocje jako odcięte od rzeczywistości, zablokowane, zamrożone. Dla wielu z nich ta separacja od własnych uczuć rozpoczęła się już w szpitalu po porodzie i utrzymywała po powrocie do domu.

Diagnozowanie
PTSD

Te symptomy muszą trwać przez co najmniej miesiąc, by móc zdiagnozować dane zaburzenie jako PTSD. Mogą się one pojawić natychmiast po porodzie, jak i po czasie utajenia (kilka tygodni, a nawet miesięcy).

Trudności w diagnozowaniu poporodowego PTSD wynikają z nietypowej sytuacji, w jakiej znajduje się kobieta po porodzie. Część objawów, takich jak problemy ze snem, obniżona chęć do podejmowania współżycia seksualnego, ogólne zmęczenie i poczucie smutku, mogą być także naturalnym etapem w okresie połogu, który zwykle ustępuje samoistnie po wyciszeniu hormonalnych zmian w organizmie kobiety.

Objawy PTSD mogą być mylnie diagnozowane jako inne zaburzenia. Zdarza się to często, gdy kobieta doświadcza poczucia gniewu, lęku, a także głębokiego smutku. Złość skierowana w stronę pracowników medycznych, osób z rodziny, a także wobec samej siebie, może być jednym z objawów zespołu. Lęk jako objaw PTSD może przejawiać się w postaci ataków paniki, bólu w klatce piersiowej, a także jako obawa przed podejmowaniem stosunków seksualnych z partnerem.

Trudności
w diagnozowaniu

Co istotne, nie każdy traumatyczny poród musi wywołać u kobiety PTSD. Niektóre z matek, mimo przeżycia bardzo trudnego porodu, bardzo szybko dochodzą do siebie i zaczynają normalnie funkcjonować. Często dzieje się tak wtedy, gdy mają ogólne wsparcie, np. ze strony partnera lub rodziny, a także gdy inne czynniki wspierają pozytywny odbiór danego wydarzenia, mimo jego traumatycznej istoty.

Równocześnie poród nie musi być oceniony jako „traumatyczny” przez postronne osoby, by kobieta cierpiała na objawy zespołu stresu pourazowego. Nawet z pozoru „normalny” poród fizjologiczny może u niektórych kobiet wywołać objawy PTSD. Dotyczy to szczególnie tych osób, które w przeszłości mierzyły się z problemami psychicznymi lub też mają za sobą już traumatyczne przeżycia. Z uwagi na to, takie kobiety powinny być objęte szczególną opieką w czasie porodu oraz po nim. Dodatkowe wsparcie jest często wskazywane przez matki doświadczające PTSD, a także specjalistów, jako silny czynnik wspierający powrót do zdrowia i normalnego funkcjonowania.

Zauważono, że zwiększone wsparcie ze strony personelu medycznego, jak i dostępność opieki psychologicznej na oddziałach położniczych, przyczynia się do zmniejszenia występowania PTSD u kobiet po traumatycznych porodach. Kobiety po trudnych przeżyciach, które otrzymują wsparcie, a także rozumieją swój stan, łatwiej radzą sobie w powrocie do formy zarówno psychicznej, jak i fizycznej.

TERAPIA PORODOWEGO PTSD

Najskuteczniejszą metodą leczenia PTSD jest podejście nefarmakologiczne. Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (TF-CBT, ang. *Trauma Focused- Cognitive Behavioral Therapy*) oraz terapia EMDR (ang. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), czyli odwrażliwianie i przetwarzanie za pomocą ruchu gałek ocznych, należą do dwóch najbardziej popularnych form terapii zespołu stresu pourazowego.

TF-CBT jest podejściem stosunkowo nowym, swoje podstawowe założenia opiera jednak na podstawowej formie terapii, jaką jest terapia poznawczo-behawioralna. Polega ona na stopniowym odwrażliwianiu, które odbywa się na dwóch płaszczyznach – behawioralnej i poznawczej.

Płaszczyzna behawioralna odnosi się do konfrontacji pacjenta z jego lękami (np. spacer obok szpitala). Dzieje się to w towarzystwie terapeuty lub kogoś bliskiego z otoczenia osoby pacjenta.

Płaszczyzna poznawcza dotyczy redukcji poziomu lęku wywołanego przez procesy myślenia. Opowiadanie o traumatycznym wydarzeniu w bezpiecznych warunkach gabinetu terapeutycznego doprowadza do stopniowego

Psychoterapia

Terapia
poznawczo-
-behawioralna
skoncentrowana
na traumie

oswajania się z lękiem i równoczesnego akceptowania tego, że dane zdarzenie miało miejsce. Głównym celem jest pozbycie się luk w pamięci związanych z traumatycznym wydarzeniem (w przypadku PTSD część wydarzeń mogła zostać wyparta z pamięci) oraz stopniowe wyciszanie lękowych reakcji na kojarzące się z wydarzeniem słowa lub miejsca. Badania nad działaniem tej metody dowodzą, że jest ona skuteczna u 80% pacjentów.

Terapia EMDR : Terapia EMDR polega na prowadzeniu przez terapeutę rytmicznego ruchu gałek ocznych w trakcie przywoływania wspomnień traumatycznego wydarzenia. Ruchy gałek są w tej sytuacji używane do stymulowania procesu przetwarzania informacji przez mózg. Celem terapii jest przyswojenie i prawidłowe zapamiętanie traumatycznych zdarzeń, a ruchy gałek wspomagają i przyspieszają regulację emocji oraz powrót do zdrowia.

Farmakologia : W przypadku PTSD zwykle nie stosuje się farmakologii, jednak z uwagi na częste współwystępowanie zaburzeń lękowych oraz depresji możliwe jest jej włączenie do leczenia. Jest to bardzo istotne w przypadku poporodowego PTSD, gdy kobieta potrzebuje szczególnego wsparcia, by poczuć się pewniej w swoich umiejętnościach związanych z opieką nad dzieckiem.

Rola pielęgniarek środowiskowych oraz służby zdrowia : Duże znaczenie we wczesnym zdiagnozowaniu PTSD u kobiety po porodzie ma stopień wiedzy osób ze służby medycznej oraz socjalnej na temat częstości występowania zaburzenia, a także jego prewencji oraz terapii. Poziom edukacji na ten temat powoli wzrasta wśród profesjonalistów zajmujących się opieką okołoporodową, jednak zdrowie psychiczne i samopoczucie kobiety po porodzie nadal jest tematem zbyt rzadko poruszonym podczas spotkań pacjentek z położną lub lekarzem pierwszego kontaktu. Zwykle takie spotkania skupiają się na dziecku i jego rozwoju oraz pielęgnacji, a stan mamy traktowany jest bardzo powierzchownie.

Głównym zaburzeniem, które jest już bliżej znane położnym oraz lekarzom pierwszego kontaktu, jest depresja poporodowa. Bardzo niewiele jest natomiast dostępnych informacji dotyczących innych zaburzeń (np. zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne czy właśnie PTSD), które mogą pojawić się po tak znaczącym wydarzeniu życiowym, jakim jest poród. Ważne zatem jest wspieranie nie tylko świadomości wśród przyszłych mam oraz ich bliskich, ale także wśród położnych środowiskowych, lekarzy pierwszego kontaktu oraz innych osób, które zapewniają kobiecie wsparcie i pomoc po porodzie.

Ważną rolę w powrocie do normalnego funkcjonowania pełni wsparcie otoczenia. Kobieta, która doświadczyła traumy porodowej, bez względu na to, jak dużą akceptację zyskała od rodziny i bliskich osób, może wiele skorzystać w przypadku uczestnictwa w spotkaniach grup wsparcia, szczególnie tych skierowanych bezpośrednio do matek zmagających się z różnymi problemami psychicznymi. W wielu krajach, jak np. Wielka Brytania, coraz częściej funkcjonują takie grupy wsparcia prowadzone zarówno przy udziale profesjonalistów (psychologów, psychoterapeutów, położne), jak i wolontariuszy. Wolontariuszkami często zostają kobiety, które same doświadczyły w przeszłości problemów z zakresu psychicznego zdrowia okołoporodowego. Udział w takich spotkaniach, które tworzą bezpieczną przestrzeń do podzielenia się swoją historią, stanowi czynnik zarówno terapeutyczny, gdyż zdarza się, że jest to pierwsze miejsce, w którym kobieta przyznaje, że ma problem, jak i może być pierwszym krokiem do skorzystania z innych form pomocy, takich jak psychoterapia.

Grupy wsparcia

Dla wielu kobiet życie we współczesnym świecie wiąże się z kontrolą wszystkiego, co wokół nich się dzieje. Jeśli nagle następuje zderzenie z sytuacją, w której kobieta tę kontrolę traci (choćby przez to, że poród po prostu postępuje naturalnie, nie można go powstrzymać), czuje ona bezsilność i rozczarowanie takim nagłym wkroczeniem w macierzyństwo.

Psychoedukacja

Dodatkowym czynnikiem jest sytuacja, kiedy kobieta uświadamia sobie, w jaki sposób teraz będzie wyglądało jej życie – stała opieka nad dzieckiem trwająca przez wiele lat. Dlatego tak bardzo istotne jest, by edukować kobiety już na początku ich drogi w macierzyństwie. Unikanie rozmów o trudnych porodach przez lekarzy, położne oraz psychologów nie spowoduje, że problem się nie pojawi. Kobieta, która jest nieświadoma zarówno bólu porodowego, możliwych komplikacji porodowych oraz tego, jak faktycznie wygląda opieka nad dzieckiem po porodzie i jak bardzo zmieni się jej życie, zdecydowanie trudniej przejdzie przez wszelkie doświadczenia z tym związane. Kobiecie przygotowanej na możliwość wystąpienia trudności łatwiej będzie np. szukać pomocy psychologicznej, niż obwiniać siebie za brak umiejętności dostosowania się do nowej sytuacji.

SKUTKI DEPRESJI POPORODOWEJ

Niestety, do tej pory nie przeprowadzono wielu badań na temat wpływu PTSD na życie kobiety i jej funkcjonowanie. Główne założenia i wnioski są określone na podstawie analiz pojedynczych przypadków oraz szczegółowych

Krótko- i długofalowe skutki porodowego PTSD

jednostkowych wywiadów z kobietami cierpiącymi z powodu objawów tego zaburzenia. Jednak z uwagi na częstość występowania PTSD i nadal małą świadomość w kwestii możliwości jego występowania u kobiet po porodzie, osoby dotknięte zespołem stresu pourazowego często przez lata cierpią w milczeniu, nie zdając sobie sprawy z tego, co tak naprawdę jest powodem ich złego stanu.

Krótkofalowe
skutki

Z pewnością jednym z najbardziej oczywistych skutków PTSD jest wpływ negatywnego samopoczucia kobiety dotkniętej zaburzeniem na jej funkcjonowanie w nowej roli, którą ma sprawować, czyli bycie matką. Zadanie, z jakim mierzy się każda kobieta po porodzie, by jak najlepiej opiekować się swoim dzieckiem, jest wyzwaniem dla każdej z nich, natomiast dla osoby cierpiącej na zespół stresu pourazowego jest wyjątkowo trudne. Bycie w stanie ciągłej gotowości i przewidywanie najgorszych z możliwych scenariuszy zaburzą zdolności percepcyjne, co wpływa na realną ocenę sytuacji. Skutkuje to irytacją oraz rozdrażnieniem u kobiety, co wpływa także na stan emocjonalny dziecka. Działa to w obie strony – im bardziej matka jest podenerwowana, tym więcej uwagi z jej strony będzie wymagało dziecko, będzie bardziej płacziwe i niespokojne, a to z kolei jeszcze bardziej wpłynie negatywnie na stan psychiczny kobiety.

Długofalowe
skutki

Kobieta po traumatycznym porodzie może zacząć myśleć, że jej więź z dzieckiem została nieodwracalnie zaburzona (np. z powodu opóźnionego kontaktu skóra do skóry). Niektóre z badań wskazują na wpływ PTSD na siłę tworzącej się relacji z nowo narodzonym dzieckiem. Nie jest jeszcze zbadany wpływ wystąpienia PTSD u matki na rozwój dziecka, jednak trwają badania mające na celu ustalenie tego.

Zdarza się, że kobieta obwinia siebie, a także personel, za nieprawidłowo poprowadzony poród. Może także mieć poczucie winy, że zrobiła coś, co np. wywołało przedwcześnie poród, albo w jakimś stopniu sama przyczyniła się do negatywnego odbioru porodu.

Wiele kobiet cierpiących na zespół stresu pourazowego unika kontaktów seksualnych ze swoim partnerem z obawy o kolejną ciążę (Ayers, 2006). Badanie z 2007 r. przeprowadzone przez Wright i Ayers sugeruje, że poporodowe PTSD u kobiet wpływa negatywnie na jej relację z partnerem, gdyż pojawiają się takie emocje, jak: złość, poczucie winy, obwinianie oraz zwiększenie seksualnych dysfunkcji.

PODSUMOWANIE

Szczególny czas, jakim jest poród oraz tygodnie po nim, wymagają zwiększonej uwagi i wsparcia dla kobiety ze strony bliskich oraz personelu medycznego. Matki, które zmagają się z poporodowym zespołem stresu pourazowego, cierpią z powodu nikłej wiedzy oraz świadomości dotyczącej tego zaburzenia zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i profesjonalistów. Skazuje je to często na wieloletnie cierpienie.

Niezdiagnozowane i nieleczone PTSD ma poważne skutki dla funkcjonowania w wielu aspektach – zarówno emocjonalnym, jak i poznawczym. Podstawowe zmiany w opiece prenatalnej, zwiększenie świadomości o częstotliwości występowania tego zaburzenia (jak i innych, np. zaburzeń depresyjnych lub lękowych) po wrażliwym okresie ciąży, mogłyby znacząco zmienić obecną sytuację. Jednocześnie skierowanie zwiększonej uwagi w stronę PTSD przez profesjonalistów pracujących z kobietami w ciąży oraz po porodzie mogłoby wspomóc szybszy powrót do zdrowia kobiet cierpiących na to zaburzenie, jak i zapobiec jego występowaniu u wielu z nich.

PIŚMIENNICTWO

1. Ayers S., Eagle A. et al., *The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study*, „Psychology, Health & Medicine” 11(4), 2006, 389–398.
2. Ballard C., Stanley A. et al., *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth*, „British Journal of Psychiatry” 166, 1995, 525–528.
3. Creedy D., Shochet I. et al., *Childbirth and the development of acute trauma symptoms*, „Birth” 27(2), 2000, 104–111.
4. Czarnocka J., Slade P., *Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth*, „British Journal of Clinical Psychology” 39, 2000, 35–51.
5. Fones C., *Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 18, 1996, 195–196.
6. Herbert C., *Overcoming Traumatic Stress*, Robinson, 2017.

7. Parfitt Y.M., Ayers S., *The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parental baby bond*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 99999(1), 2008, 1–16.
8. White T., Matthey S. et al., *Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 24(2), 2006, 107–120.
9. Wijma K., Soderquist J. et al., *Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study*, „Journal of Anxiety Disorders” 11(6), 1997, 587–597.

NOTATKI