

Współwystępowanie objawów lęku i depresji w kolejnych trymestrach ciąży

The comorbidity of anxiety and depression symptoms during pregnancy trimesters

Justyna Moryłowska-Topolska¹, Marta Makara-Studzińska²

¹Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Lublin

²Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Streszczenie

Cel pracy. Celem naukowym pracy była analiza występowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży z uwzględnieniem lęku jako stanu oraz lęku jako cechy.

Materiał i metody. Badanie miało charakter prospektywny, długookresowy; grupę badaną stanowiło 314 pełnoletnich kobiet ciążarnych. Do oceny występowania objawów lęku i depresji wykorzystano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS). Do zebrania danych socjodemograficznych i danych medycznych posłużono się kwestionariuszem konstrukcji własnej. Analizę wzajemnej korelacji między badanymi parametrami wykonano z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana.

Wyniki. Objawów lękowych w pierwszym trymestrze ciąży doświadczyło 27,4% badanych, w drugim trymestrze 23,9%, w trzecim 29,9%. Objawy depresyjne występowały znacznie rzadziej, i tak: w pierwszym trymestrze u 15,3% badanych, w drugim u 12,7% w trzecim u 14% badanych kobiet. Przynajmniej raz objawów lęku doświadczyło 37,9% badanych, objawów depresji 25,48%. Odsetki badanych kobiet, u których współwystępowały objawy lękowe i depresyjne w poszczególnych trymestrach wynosiły odpowiednio 12,7% badanych w pierwszym, 10,8 % w drugim i 12,4% w trzecim trymestrze ciąży. Objawy lękowe występowały u 15,9% badanych we wszystkich trymestrach ciąży, u 11,5% w dwóch trymestrach. Dla depresji odsetki te wynosiły odpowiednio 3,5% i 9,6. Wykazano związek między nasileniem objawów lęku a nasileniem objawów depresji w poszczególnych trymestrach, przy czym związek ten był silniejszy w pierwszym i trzecim trymestrze niż w drugim trymestrze. Obie skale (lęk jako stan i lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku korelowały z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych (HADS). Lęku jako stan najsilniej korelował z objawami lękowymi w trzecim trymestrze a z depresyjnymi w pierwszym trymestrze. Lęk jako cecha najsilniej korelował z objawami lęku i depresji w trzecim trymestrze.

Wnioski. Wprowadzenie badań skriningowych w kierunku lęku i depresji w ciąży, prowadzonych systematycznie w jej trakcie stwarza szansę wcześniejszej diagnozy i szybszego wdrożenia właściwego postępowania. Wcześniejsza diagnoza i właściwe postępowanie w przypadku wystąpienia lęku i depresji w ciąży stwarza szansę zapobiegania ich skutkom, takim jak depresja poporodowa oraz nieprawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, ciąża

Abstract

Objectives. The scientific aim of this work was the assessment of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters and the analysis of different types of anxiety: anxiety as a state and anxiety as a trait.

Material and methods. The research was conducted in gynecologic-obstetric clinics in the area of Lublin and Mazovian provinces from January 2011 to May 2012. It was longitudinal prospective trial. Each woman was examined three times: during first, second and third trimester. The following measurements were used in this work: Demographic and epidemiologic questionnaire – of own construction, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), State and Trait of Anxiety Inventory. At visits in clinic during consecutive trimesters, women were given a set of questionnaires for filling in and they returned them at next visit. The examined group consisted of 314 pregnant adult (over 18 years old) women.

The results were statistically analyzed. Basic parameters of descriptive statistics were determined: arithmetical means, standard deviation, median, minimal and maximal value. Due to other than normal distribution of the examined variables – the following non-parametric tests were used: U Mann-Whitney test and ANOVA of Kruskal-Wallis.

The analysis of mutual correlation between examined parameters was performed using the Spearman range correlation test. Five percent inference error was assumed and correlated level of significance $p(\alpha) < 0.05$.

Results

Anxiety symptoms in the first trimester of pregnancy were experienced by 27.4% of respondents, in the second trimester – by 23.9%, in the third – by 29.9%. Depressive symptoms occurred less frequently, and so: in the first trimester in 15.3% of subjects, in the

second in 12.7%, in the third- in 14% of the studied the women. At least once the symptoms of anxiety were experienced by 37.9% of the respondents, depressive symptoms - by 25.48%. Percentages of the women, in whom anxiety and depressive symptoms coexisted in different trimesters, amounted to 12.7% of the respondents in the first, 10.8% in the second and 12.4% in the third trimester of pregnancy. Anxiety symptoms were present in 15.9% of patients in all trimesters of pregnancy, and in 11.5% in the two trimesters. For depression, these percentages were respectively 3.5% and 9.6%. The relation between the severity of symptoms of anxiety and depression severity in different trimesters was confirmed, but this relationship was stronger in the first and third trimester than in the second trimester. Both scales (anxiety as a state and as a trait) of the Inventory of State and Trait Anxiety correlated with the severity of symptoms of hospital anxiety and depression scale (HADS). Anxiety as a state most strongly correlated with symptoms of anxiety in the third trimester and with depression in the first trimester. Anxiety as a trait most strongly correlated with symptoms of anxiety and depression in the third trimester.

Conclusions

Introducing of screening tests regarding anxiety and depression during pregnancy, conducted systematically during this period, creates possibility for earlier diagnosis and quicker provision of appropriate interventions. Earlier diagnosis and appropriate interventions in case of anxiety and depression development during pregnancy creates a possibility of preventing their effects, such as postpartum depression and disturbed psychophysical development of child.

Key words: anxiety, depression, pregnancy

Wstęp

W większości przeprowadzonych do tej pory badań dotyczących depresji i lęku występujących w okresie perinatalnym skupiano się na okresie poporodowym. Zaburzeniom depresyjnym występującym w ciąży poświęcano zdecydowanie mniej uwagi [1].

Nowsze badania, opublikowane po roku 2000 dowodzą jednak, że w czasie ciąży często dochodzi do zaostrzenia przebiegu już istniejących zaburzeń psychicznych oraz do nowych zachorowań [2].

Pojawienie się zaburzenia psychicznego w ciąży jak i w okresie poporodowym może mieć istotne długoterminowe konsekwencje nie tylko dla kobiety i dziecka, ale również dla całej rodziny.

Badania z ostatnich dwudziestu lat wskazywały na możliwy, chociaż nadal niejednoznaczny związek pomiędzy psychologicznym dystresem u matki w okresie perinatalnym a powikłaniami występującymi u noworodka [3]. W przeglądzie badań Alder i współpracownicy (2007) podkreślali, że depresja podczas ciąży jest niezależnym czynnikiem ryzyka dla współistniejących powikłań położniczych, płodowych i noworodkowych [4].

Nowsze badania wskazują na to, że nieleczona depresja w ciąży może wiązać się z gorszą opieką prenatalną, powikłaniami położniczymi, niebezpieczeństwem przyjmowania leków w sposób niekontrolowany, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zaburzoną relacją matka-dziecko oraz ze zwiększonym ryzykiem nawrotu depresji w okresie poporodowym [5].

W około 50 % przypadków depresji występują objawy lękowe, spełniające kryteria zespołów lękowych, takich jak lęk uogólniony, lęk napadowy, fobia społeczna czy zespół obsesyjno-kompulsyjny. Współwystępowanie depresji i nasilonych objawów lub zespołów lękowych pogarsza jej przebieg, powoduje gorszą reakcję na leczenie, sprzyja występowaniu nadużywania

i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa oraz powoduje gorsze funkcjonowanie psychospołeczne [6]. W związku z tym wydaje się słuszne analizowanie problemu lęku i depresji w ciąży łącznie.

Cel

Celem pracy była analiza współwystępowania objawów lęku i depresji w kolejnych trymestrach ciąży z uwzględnieniem zróżnicowanych kategorii lęku (lęk – stan i lęk – cecha).

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzono w poradniach ginekologiczno-położniczych w województwie lubelskim oraz mazowieckim w okresie od stycznia 2011 do maja 2012. Były to zarówno państwowe jak i prywatne gabinety w miastach powiatowych (Zamość, Tarnobrzeg, Janów Lubelski, Nowy Dwór Mazowiecki, Legionowo) i mieście wojewódzkim (Lublin). Grupę badaną stanowiły kobiety w wieku od 18–45 roku życia zgłaszające się do poradni ginekologiczno-położniczej w pierwszym trymestrze ciąży.

Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (KE-0254/77/2011).

Badanie miało charakter prospektywny longitudinalny, każda z kobiet była badana trzykrotnie: w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży podczas wizyt kontrolnych w gabinecie ginekologiczno-położniczym. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusz Socjodemograficzny.

Na uwagę szczególnie zasługuje Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS), składająca się z dwóch nieza-

leżnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda z nich zawiera siedem stwierdzeń dotyczących aktualnego stanu badanego. W HADS wykluczono wszelkie pytania mające nasuwać takie wątpliwości, np. bóle i zawroty głowy, utrata apetytu, zaburzenia snu. Dlatego wydaje się, że ta skala jest odpowiednia do stosowania u kobiet w ciąży i może mieć nawet przewagę nad innymi narzędziami badawczymi, które mogą zawyżać częstość lęku i depresji, ponieważ wiele objawów somatycznych występuje dosyć często w ciąży i nie jest wynikiem kryzysu psychologicznego. Nasilenie określonych cech ocenia sam pacjent mając do wyboru czterostopniową skalę oceny. Osiągnięcie w każdej podskali od 0–7 punktów uważane jest za normę, 8–10 za łagodne, 11–14 pkt. – umiarkowane, a 15–21 – za ciężkie zaburzenie [7].

Kolejnym narzędziem badawczym zastosowanym w niniejszym badaniu był Inwentarz Stanu i cechy lęku. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) jest adaptacją amerykańskiego kwestionariusza testu State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – opracowanego w przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a (1970). Autorami polskiej wersji STAI są: Spielberger, Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski (1987) [8].

Budowa Inwentarza opiera się na rozróżnieniu pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk – stan) a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (lęk – cecha) [8].

Kwestionariusz składa się z dwóch podskal: podskala X-1 służy do badania lęku – stanu, zaś podskala X-2 do badania lęku – cechy. Każda z nich składa się z 20 stwierdzeń. Arkusz testowy zawiera obie skale testu opatrzone krótką instrukcją, według której badani w podskali X-1 mają wskazać jak się czują właśnie teraz, w tym momencie, a w podskali X-2 jak zazwyczaj się czują. Wyniki surowe obu podskal mogą mieścić się od 20 punktów (niski lęk) do 80 punktów (wysoki lęk). Porównania między wynikami uzyskanymi w obu skalach można dokonać po przeliczeniu wyników surowych na steny.

Kwestionariusz demograficzno – epidemiologiczny konstrukcji własnej uwzględniał następujące dane: wiek, stan cywilny, tydzień ciąży, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej prac. Pytano również o korzystanie w przeszłości z opieki psychiatrycznej oraz o fakt występowania w rodzinie zaburzeń psychicznych.

W sumie do badania zaproszono 550 kobiet będących w pierwszym trymestrze ciąży. Trzy etapy ukończyło 316 z nich. W celu identyfikacji kolejnych ankiet wypełnianych przez daną kobietę w kolejnych trymestrach proszono o podanie przez nią inicjałów i daty urodzenia. Jedynie dwie kobiety potwierdziły fakt występowania w rodzinie zaburzeń psychicznych dlatego też nie brano ich pod uwagę w dalszych analizach. W związku z tym ostatecznie grupę badaną stanowiło

314 kobiet. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Analizę wzajemnej korelacji między badanymi parametrami wykonano z wykorzystaniem korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p(\alpha)=0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o program Statistica 6.

Wyniki

W pierwszym trymestrze ciąży 86 (27,4%) kobiet uzyskało dodatni wynik w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS). Przeważał lęk o łagodnym ($N=44$; 14,0%) i umiarkowanym nasileniu ($N=38$; 12,1%). Jedynie u 4 (1,3%) badanych kobiet występował lęk o ciężkim nasileniu. Nieco mniejsza liczba kobiet ($N=75$; 23,9%) w drugim trymestrze uzyskała dodatni wynik w podskali lęku HADS. Również przeważał lęk o łagodnym ($N=52$; 16,6%) i umiarkowanym nasileniu ($N=20$; 6,4%). Jedynie u 3 (0,9%) badanych kobiet występował lęk o ciężkim nasileniu. W trzecim trymestrze ciąży 29,9% ($N=94$) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali lęku Skali HADS. Najczęściej był to lęk łagodny ($N=48$; 15,3%) i umiarkowanym nasileniu ($N=40$; 12,8%). Jedynie u 6 (1,9%) badanych kobiet występował lęk o ciężkim nasileniu. Największa liczba badanych doświadczyła objawów lękowych w trzecim trymestrze ciąży, najmniejsza w drugim trymestrze ciąży. Średnia punktacja uzyskana przez badane w podskali lęku HADS wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 6,13 ($\pm 3,44$), 5,70 ($\pm 3,09$) oraz 6,30 ($\pm 3,55$).

U 15,9 % badanych ($N=50$) objawy lękowe wystąpiły we wszystkich trzech trymestrach ciąży. 11,5% ($N=36$) badanych kobiet doświadczyło objawów lęku w dwóch trymestrach, u 10,5% ($N=33$) objawy lękowe wystąpiły tylko w jednym momencie badania. Warto przy tym zauważyć, że przynajmniej raz objawów lękowych doświadczyło aż 37,9% badanych ($N=119$).

W podskali depresji Skali HADS w pierwszym trymestrze ciąży dodatni wynik uzyskało 48 (15,3%) badanych kobiet. Była to przede wszystkim depresja o nasileniu łagodnym ($N=43$; 13,7%). Jedynie u 4 (1,3%) badanych występowała depresja o nasileniu umiarkowanym, a u jednej badanej (0,3%) o nasileniu ciężkim. W drugim trymestrze 40 (12,7%) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali depresji Skali HADS. Przeważała również depresja o nasileniu łagodnym ($N=35$; 11,1%). Jedynie u 5 (1,6%) kobiet stwierdzono umiarkowane nasilenie depresji. U żadnej z badanych nie występowała ciężka depresja. W trzecim trymestrze ciąży 14% ($N=44$) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali depresji Skali HADS. Depresja o nasileniu łagodnym występowała u 35 (11,1%) badanych kobiet, u 8 – depresja o nasileniu umiarkowanym (2,6%), u jednej (0,3%) – o nasileniu ciężkim. U największej liczby kobiet depresja występowała w pierwszym trymestrze ciąży, u najmniejszej w drugim trymestrze

ciąży. Średnia punktacja uzyskana przez badane w podskali depresji HADS wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 3,96 ($\pm 2,89$), 3,81 ($\pm 2,78$) oraz 4,12 ($\pm 2,98$).

U 3,5 % (N=11) objawy depresyjne wystąpiły we wszystkich trzech trymestrach ciąży. 9,6% badanych (N=30) doświadczyło objawów depresji w dwóch trymestrach, u 12,4% (N=39) objawy depresyjne wystąpiły tylko w jednym momencie badania. Warto przy tym zauważyć, że przynajmniej raz objawów depresji doświadczyło 25,48% badanych (N=80). Lęk i depresja współwystępowały u 12,7% (N=40) badanych w pierwszym trymestrze, 10,8% (N=34) w drugim trymestrze i 12,4% (N=39) w trzecim trymestrze ciąży.

Następnie dokonano próby charakterystyki lęku występującego w grupie badanej w poszczególnych

trymestrach. Wysoki wynik w skali lęku jako stanu najczęściej występował w pierwszym trymestrze (21,6%), najrzadziej w drugim trymestrze (16,6%). Niski wynik w skali lęku jako stanu najczęściej występował w drugim trymestrze (41,1%) a najrzadziej w pierwszym trymestrze (37,3%). Wysoki wynik w skali lęku jako cechy najczęściej występował w pierwszym trymestrze (12,7%), najrzadziej w drugim trymestrze (9,6%). Niski wynik w skali lęku jako cechy częściej występował trzecim trymestrze (57,0%) w porównaniu do pierwszego i drugiego trymestru (55,1%) (Tabela I).

Tabela I. Rozkład procentowy wyników uzyskanych przez badane kobiety w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Zmienna	Wynik	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
L-stan (X-1)	niski	117	37,3	129	41,1	121	38,5
	przecięty	129	41,1	133	42,3	130	41,4
	wysoki	68	21,6	52	16,6	63	20,1
L-cecha (X-2)	niski	173	55,1	173	55,1	179	57,0
	przecięty	101	32,2	111	35,3	97	30,9
	wysoki	40	12,7	30	9,6	38	12,1

N– liczba badanych

Tabela II. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w skali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali depresji HADS w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	0,76*	0,56*	0,59*
Lęk w II trymestrze	0,59*	0,71*	0,49*
Lęk w III trymestrze	0,60*	0,49*	0,74*

* $p < 0,05$

Kolejnym etapem była ocena korelacji między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach w grupie badanej (Tabela II). Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje między wynikami w podskalach lęku i depresji HADS we wszystkich trymestrach ciąży. Przy czym najsilniejsze związki obserwowano między objawami lęku i depresji w pierwszym trymestrze i w trzecim trymestrze (Tabela II).

Ostatnim etapem badania była analiza korelacji nasilenia objawów lękowych i depresyjnych z wynikami uzyskanymi w Inwentarzu Cechy i Stanu Lęku.

Szczegółowo została ona przedstawiona w Tabelach III i IV.

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje między wynikami w obu podskalach skali HADS i wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w pierwszym trymestrze, drugim i trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między podskala lęku HADS i wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI obserwowano w trzecim trymestrze. Dla podskali depresji Skali HADS najsilniejsza korelacja występowała w pierwszym trymestrze (Tabela III).

Tabela III. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskalach lęku i depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali X-1 (L-stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w poszczególnych trymestrach ciąży

	L-stan w I trymestrze	L-stan w II trymestrze	L-stan w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	0,66*	0,54*	0,59*
Lęk w II trymestrze	0,49*	0,66*	0,46*
Lęk w III trymestrze	0,56*	0,47*	0,70*
Depresja w I trymestrze	0,63*	0,46*	0,53*
Depresja w II trymestrze	0,45*	0,59*	0,41*
Depresja w III trymestrze	0,53*	0,45*	0,60*

* $p < 0,05$

Tabela IV. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskalach lęku i depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali X-2 (L-cecha) STAI Inwentarza Stanu i Cechy Lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

	L-cecha w I trymestrze	L-cecha w II trymestrze	L-cecha w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	0,70*	0,58*	0,58*
Lęk w II trymestrze	0,59*	0,63*	0,42*
Lęk w III trymestrze	0,59*	0,48*	0,66*
Depresja w I trymestrze	0,63*	0,50*	0,50
Depresja w II trymestrze	0,54*	0,55*	0,36
Depresja w III trymestrze	0,53*	0,43*	0,54*

* $p < 0,05$

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje między wynikami w obu podskalach skali HADS i wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w pierwszym trymestrze, drugim i trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w pierwszym trymestrze (Tabela IV).

Dyskusja

Badania wykazują, że przeciwnie do tego co sądzono do niedawna, ciąża nie chroni kobiet przed zachorowaniem na depresję [9]. Nadal jednak powszechnie uważa się, że problemy zdrowia psychicznego w okresie ciąży występują znacznie rzadziej w porównaniu do okresu poporodowego, co skutkuje tym, że zaburzenia lękowe i depresyjne w ciąży są generalnie niedostatecznie często rozpoznawane [10]. Co więcej donoszono nawet o częstszym zgłaszaniu objawów depresyjnych przez kobiety w ciąży niż w okresie poporodowym [11].

Powszechnie uważa się, że częstość depresji jest większa w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży niż w drugim trymestrze ciąży. Podobną tendencję zauważono w nieniejszym badaniu i to zarówno co do występowania objawów lęku jak i objawów depresji

Podobną tendencję zaobserwowano np. w badaniu Berle i współpracowników (2005) [12]. Jednak

w tamtym badaniu, podobnie jak w większości przeprowadzonych do tej pory badań nad depresją w ciąży, kobiety będące w różnych miesiącach ciąży oceniano jednorazowo i wyciągano na tej podstawie ogólne wnioski odnośnie występowania depresji w poszczególnych trymestrach.

W jednym z niewielu opublikowanych do tej pory badań longitudinalnych dotyczących występowania lęku i depresji w ciąży uzyskano stosunkowo wysokie odsetki występowania obu rodzajów zaburzeń. Częstość występowania lęku w każdym z trymestrów przewyższała 30%, depresji w pierwszym i trzecim trymestrze przewyższała 20%. W drugim trymestrze depresja występowała u 18,9% badanych. Daje to znacznie wyższe odsetki w porównaniu z wynikami niniejszego badania [13].

Warto przy tym zauważyć, iż wyniki badania własnego wskazały na to, że przynajmniej raz objawów lęku doświadczyło 37,9% badanych, objawów depresji 25,4%. Są to również mniejsze odsetki niż we wspomnianym wyżej badaniu Lee i współpracowników. W tamtym badaniu, przeprowadzonym w 2007 roku, przynajmniej jeden raz w ciąży lęku doświadczyło aż 54% badanych, depresji natomiast 37,1% [13].

Na inne tendencje wskazuje przegląd literatury z 2004 roku przeprowadzony przez Benetta i współpracowników, w którym średnia częstość występowania

nia depresji w pierwszym trymestrze wyniosła 7,4% (2,2-12,6%), w drugim 12,8% (10,7-14,8%), w trzecim 12,0% (7,4-16,7%) [14]. Według tego przeglądu badań depresja najrzadziej występowała w pierwszym trymestrze ciąży. Należy jednak podkreślić, iż badania, które uwzględniano w tamtym przypadku odnosiły się przede wszystkim do jednego trymestru, w związku z tym zestawiano wskaźniki depresji, która była oceniana przy pomocy różnych metod diagnostycznych, o czym świadczy też duży rozrzut wyników uzyskanych w danym trymestrze w poszczególnych badaniach.

Stosunkowo wysokie odsetki występowania objawów lęku i depresji we wszystkich trymestrach ciąży wskazują na konieczność systematycznych badań przesiewowych, które byłyby przeprowadzane kilkakrotnie w ciąży, trudno jest bowiem wykluczyć prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych czy depresyjnych w oparciu o informacje uzyskane podczas tylko jednej wizyty w gabinecie lekarskim w ciąży.

Badanie Marcusa i wsp. (2003) wykazało, że badania przesiewowe w kierunku depresji w ciąży mogą być stosowane z dużą skutecznością nawet przez niewykwalifikowany personel. Skuteczność tego typu skriningu można poprawić ponadto przez wcześniejszą znajomość potencjalnych czynników ryzyka [15].

Jak już wspomniano powyżej, szczególnie brakuje kompleksowych badań dotyczących lęku w ciąży, zwłaszcza jego natury. W związku z tym w badaniu własnym dokonano próby dokładniejszej analizy lęku doświadczanego w ciąży. Zastosowano w tym celu Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, który odnosi się do koncepcji Spielbergera polegającej na rozróżnieniu pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk – stan) a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (lęk – cecha) [8].

Wysoki wynik w skali lęku jako stanu najczęściej występował u badanych kobiet w pierwszym trymestrze (21,6%), a najrzadziej w drugim trymestrze (16,6%) i podobnie wysoki wynik w skali lęku jako cechy najczęściej występował w pierwszym trymestrze (12,7%), najrzadziej w drugim trymestrze (9,7%).

Potwierdzono w badaniu własnym teoretyczne założenia Spielbergera odnośnie zmiennych lęku jako stanu i lęku jako cechy, ponieważ średnie wyniki uzyskane przez badane w skali lęku jako cechy w poszczególnych trymestrach charakteryzowały się mniejszą zmiennością w porównaniu do wyników uzyskanych przez nie w skali lęku jako stanu.

Wykazano istotną statystycznie zależność między nasileniem objawów lęku i depresji w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji a większym nasileniem lęku jako stanu i lęku jako cechy we wszystkich trymestrach. Przy czym lęk jako stan korelował najsilniej z objawami lękowymi mierzonymi w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w trzecim trymestrze ciąży, a lęk jako cecha w pierwszym trymestrze. Obie podskale Inwentarza Stanu i Cechy

Lęku najsilniej korelowały z objawami depresyjnymi w pierwszym trymestrze. Istotny związek między nasileniem lęku i depresji wykazali w swoich badaniach między innymi Field i wsp. (2002), Sutter-Dellay (2004) oraz Lee (2007) [13, 16, 17].

Większość dostępnych do tej pory badań skupiało się jedynie na jednym okresie ciąży i dlatego też długofalowa analiza czynników ryzyka w kolejnych trymestrach ciąży wydaje się być wartościowym sposobem na zbadanie jak wpływ poszczególnych czynników ryzyka zmienia się w przebiegu ciąży.

Wnioski

1. Częste występowanie objawów lękowych i depresyjnych w pierwszym trymestrze ciąży oraz wykazane silne korelacje między występowaniem objawów depresyjnych i lękowych w przebiegu całej ciąży wskazują na konieczność wprowadzenia badań skriningowych stworzyłyby szansę wcześniejszej diagnozy i szybszego wdrożenia właściwego postępowania.
2. Wcześniejsza diagnoza i właściwe postępowanie w przypadku wystąpienia lęku i depresji w ciąży stwarza szansę zapobiegania ich skutkom, takim jak depresja poporodowa oraz nieprawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka.

References

1. Lusskin SI., Pundiak TM., Habib SM. Perinatal depression: hiding in plain sight. *Can J Psychiatry*. 2007; 52(8): 479–488.
2. Cohen LS., Nonacs RM., Bailey JW. et al. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. *Arch Women Ment Health* 2004; 7(4): 217–221.
3. Evans J., Heron J., Patel RR. et al. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2007; 191: 84–85.
4. Alder J., Fink N., Bitzer J. et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007; 20(3): 189–209.
5. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. et al. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *Int J Neurosci* 2008; 118(1): 95–103.
6. Rybakowski J., Jaracz J. *Leksykon manii i depresji*, Termedia, Poznań 2010.
7. Karakuła H., Grzywa A., Śpila B., i wsp. Zastosowanie Skali Lęku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych. *Psych Pol*. 1996;30(4):653–668.
8. Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A. i wsp. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja

- STAI. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006.
9. Ryan D., Milis L., Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1087–1093.
 10. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43: 569–573.
 11. Josefsson A., Berg G., Nordin C. et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80(3): 251–255.
 12. Berle JO., Mykletun A., Daltveit AK. et al. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 181–189.
 13. Lee AM., Keung Lam S., Sze Mun Lau SM. et al. Prevalence, Course Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression, *Obstet. Gynecology*. 2007; 110(5): 1102–1112.
 14. Bennett HA., Einarson A., Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698–709.
 15. Marcus SM., Flynn HA., Blow FC. et. al. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*. 2003; 12(4): 373–80.
 16. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups. *J Repr Inf Psychology* 2002,20: 149–157
 17. Sutter-Dallay AL., Giaconne-Marcasche V., Glatigny Dallay E., et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MAT-QUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 459–463.

Correspondence address

Justyna Moryłowska-Topolska
Klinika Psychiatrii UM w Lublinie
Ul. Głuska 1, 20-442 Lublin
Email: justynamorylowska@op.pl