

Ja realne i ja idealne u kobiet ciężarnych i położnic z objawami depresji okołoporodowej

Real self and ideal self of pregnant and postpartum women with symptoms of perinatal depression

Magdalena Zofia Podolska^{1,2}, Mikołaj Majkowicz³, Mariola Bidzan⁴,
Urszula Kozłowska⁵, Jerzy Smutek⁶, Jacek Podolski¹

¹ NZOZ Meditest, Diagnostyka Medyczna, Szczecin
Kierownik: dr n. med. J. Podolski

² Klinika Medycyny Matczyno-Plodowej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. Z. Celewicz

³ Zakład Badań nad Jakością Życia, Gdański Uniwersytet Medyczny
Kierownik: dr hab. M. Majkowicz, prof. GUMed

⁴ Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Kierownik: dr hab. M. Bidzan, prof. UG

⁵ Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński
Kierownik: dr hab. M. Balsa, prof. US

⁶ Klinika Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
Kierownik: dr hab. K. Preis, prof. GUMed

Summary

Aims. To assess real self and ideal self in pregnant and postpartum women with symptoms of perinatal depression in the area of psychological needs and topical scales.

Methods. The study involved 239 pregnant women whose gestational age ranged between 32 and 40 weeks, and 105 postpartum women (2 to 5 days after childbirth). The Edinburgh Postnatal Depression Scale questionnaire was used as a screening test for antenatal and postnatal depressive symptoms. Personality profiles were assessed using the Adjective Check List test.

Results. Pregnant and postpartum women with symptoms of perinatal depression varied in their self-assessment of a number of their real psychological needs, while they presented similar scores with respect to their ideal (expected) self. The differences between pregnant and postpartum women correspond to changes in roles and activities related to pregnancy and the postpartum period; women presenting more passive attitudes in pregnancy become more active in the postpartum period. A positive change in the real self-image related to motherhood in the postpartum period occurs despite depressive disorders.

Conclusion. Numerous significant differences between the ideal and real self in both pregnant and postpartum women with perinatal depressive symptoms demonstrate their lack of self-acceptance, which requires individualised psychological intervention.

Słowa kluczowe: depresja, opieka okołoporodowa, osobowość

Key words: depression, perinatal care, personality

Wstęp

Choć przypuszczalnie mają istotny wpływ na częstość występowania depresji przed- i poporodowej oraz jej przebieg, predyspozycje osobowościowe pozostają jedną ze słabiej poznanych grup czynników ryzyka tego zaburzenia [1]. W standardowych programach skryningu depresji okresu perinatalnego, wykorzystujących takie narzędzia, jak Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) [2, 3] lub Skala Depresji Becka (BDI) [3–5], cechy osobowości nie są oceniane. Zdaniem Austina i Lumleya [6] może to skutkować niższym poziomem czułości i pozytywnej wartości predykcyjnej tych testów w wykrywaniu pełnoobjawowej depresji u kobiet ciężarnych i położnic. Między innymi dlatego właściwa terapia depresji okresu przed- i poporodowego jest często spóźniona lub też w ogóle nie jest wdrażana, co z kolei może nieść za sobą poważne konsekwencje nie tylko dla zdrowia matki i dziecka, ale także ich wzajemnych późniejszych relacji i funkcjonowania rodziny.

W tym świetle uzasadnione wydaje się włączenie do programów profilaktyki depresji okołoporodowej diagnozy psychologicznej ukierunkowanej na ocenę cech osobowości wysokiego ryzyka, szczególnie w zakresie ja realnego i ja idealnego. We współczesnych nurtach psychologicznych dużą wagę przywiązuje się do roli struktury „Ja”, zwłaszcza w kontekście szeroko rozumianej pomocy psychologicznej. Stąd też wyniki prezentowanych badań wpisują się w ten nurt, poszerzając nasze spojrzenie na kobiety w okresie okołoporodowym. Treści samoopisu „Ja” w świetle przyjętej i uznanej teorii mogą być wykorzystane zarówno w profilaktyce, jak i w innych formach pomocy psychologicznej jako ważne osobowościowe zasoby. Dotychczas w pomocy psychologicznej, naszym zdaniem, częściej koncentrujemy się na objawach, emocjach negatywnych, a nie zasobach zawartych także w ważnej strukturze osobowości – w strukturze „Ja”.

Według teorii Murraya osobowość człowieka jest odzwierciedleniem zachowań kontrolowanych przez jego potrzeby [za: 7]. Podczas gdy niektóre z potrzeb mogą być tymczasowe i zmienne, inne są głęboko osadzone w naszej naturze; funkcjonują głównie na poziomie nieświadomości i odgrywają podstawową rolę w kształtowaniu naszej osobowości. Koncepcja ta stała się podstawą opracowania jednego z powszechniej stosowanych narzędzi psychologicznych do badania różnych aspektów osobowości – Testu Przymiotników (ACL) autorstwa Gougha i Heilbruna [za: 8]. Test ten składa się z 300 przymiotników pogrupowanych w 37 skal w ramach pięciu głównych kategorii, w tym 15 skal potrzeb [7–9]. Uzyskane w teście ACL wyniki pozwalają na dokonanie oceny obrazu siebie – realnego (ja realne) i idealnego (ja idealne) – w zakresie potrzeb psychicznych, a także na wykazanie ewentualnych rozbieżności pomiędzy nimi. Te rozbieżności w obrazie siebie i niemożność zaspokojenia potrzeb psychicznych mogą skutkować dyskomfortem lub nawet zaburzeniem oceny własnego funkcjonowania psychicznego, zwiększając ryzyko występowania różnorodnych psychopatologii [7, 9].

Okres ciąży, porodu i połogu to dla kobiety czas dynamicznych zmian biologicznych i psychicznych. Adaptacja do tych zmian jest warunkowana przez wiele czynników [10–14]. Na szczególną uwagę zasługuje obraz siebie w tym ważnym okresie, a szczególnie samoocena potrzeb psychicznych ciężarnej lub położnicy. Wbrew po-

tocznemu przekonaniu, ciąża oraz opieka nad noworodkiem nie chroni kobiet przed doświadczaniem trudnych stanów emocjonalnych; w wielu przypadkach mogą być one znacznie nasilone, utrudniając pełnienie szeroko pojętych ról rodzicielskich, a nawet funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Oczywiście, oczekiwania kobiet w tym okresie są różnorodne i warunkowane przez szereg czynników, na przykład wcześniejsze występowanie problemów emocjonalnych, nasilenie lęku, poziom neurotyczności, preferowany styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych, poczucie bezpieczeństwa w związku, akceptację ciąży, dotychczasowe doświadczenia prokreacyjne oraz wzorce relacji macierzyńskich i partnerskich wyniesione z domu rodzinnego [10–16]. Czynniki te mogą w skrajnych sytuacjach nasilać negatywne reakcje emocjonalne, których doświadczają kobiety w okresie okołoporodowym, wpływając tym samym na ich obraz siebie i zadowolenie z pełnionych ról społecznych, a w konsekwencji indukując wystąpienie ewentualnych objawów depresji okołoporodowej. Identyfikacja czynników wyzwalających mechanizmy depresyjne oraz specyficznych cech osobowościowych, które predysponują ciężarne i położnice do depresji, wydają się kluczowe dla profilaktyki i terapii tego częstego i poważnego powikłania okresu przed- i poporodowego. Mimo wagi zagadnienia, brak jest badań dotyczących tego problemu – szczególnie odnoszących się do ja realnego i ja idealnego.

Celem niniejszej pracy była odpowiedź na pytanie, czy kobiety ciężarne i położnice z objawami depresji okołoporodowej oraz bez tych objawów różnią się między sobą w obszarze samooceny realnego i idealnego obrazu osobowościowego.

Material

W badaniach wzięło udział 239 pacjentek, które w latach 2006–2007 hospitalizowano w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej Pomorskiej Akademii Medycznej (PAM) w Szczecinie. Autorzy uzyskali zgodę Komisji Bioetycznej PAM na przeprowadzenie badania oraz świadomą, pisemną zgodę wszystkich pacjentek na udział w eksperymencie. W badanej grupie znalazły się 134 kobiety ciężarne pomiędzy 32. a 40. tygodniem ciąży oraz 105 położnic (od 2. do 5. dnia połogu).

Metoda

Poza szczegółową oceną kliniczną pacjentek, dokonywaną przez lekarzy w ramach rutynowego wywiadu położniczo-ginekologicznego, w badaniu wykorzystano kwestionariusz EPDS. Stanowił on test skryningowy w kierunku obecności i nasilenia objawów depresji okołoporodowej. Jako próg świadczący o możliwości występowania depresji przyjęto uzyskanie przez pacjentkę >12 punktów w 30-punktowej skali EPDS [17]. Za pomocą kwestionariusza EPDS dokonano kwalifikacji uczestniczek do grupy badanej (S) i kontrolnej (C), które następnie podzielono na cztery podgrupy, obejmujące ciężarne lub położnice: 1) ciężarne z objawami depresji okołoporodowej (PS, n = 50), 2) położnice z objawami depresji okołoporodowej (PPS, n = 26), 3) ciężarne bez objawów depresji okołoporodowej (PC, n = 84), oraz 4) położnice bez objawów depresji okołoporodowej (PPC, n = 79). Oprócz zastosowania kwestionariusza EPDS,

pacjentkom przedłożono do wypełnienia ankietę demograficzną zawierającą m.in. dane dotyczące wieku i wykształcenia.

Do oceny cech osobowościowych wykorzystano Test Przymiotników (ACL) w polskiej adaptacji Jurosa i Olesia [9]. Pacjentki wypełniały test dwukrotnie, zakreślając przymiotniki najlepiej je charakteryzujące i odpowiadając na pytanie „Jaka jestem?” (obszar ja realnego) oraz „Jaka chciałabym być?” (obszar ja idealnego). Zmiana struktury osobowości była oceniana w zakresie 3 spośród 5 kategorii skal zawartych w teście ACL. Pierwsza kategoria obejmuje sposoby wyrażania i opisywania siebie. Do tej grupy zalicza się liczbę zakreślonych przymiotników użytych do opisu osobowości – Nck, liczbę przymiotników pozytywnych – Fav, liczbę przymiotników negatywnych – Ufv, oraz typowość – Com. Druga kategoria obejmuje 15 skal potrzeb psychicznych: osiągnięć – Ach, dominacji – Dom, wytrwałości – End, porządku – Ord, rozumienia siebie i innych – Int, opieki nad sobą – Nur, afiliacji – Aff, kontaktów heteroseksualnych – Het, ujawniania się – Exh, autonomii – Aut, agresji – Agg, zmiany – Cha, wsparcia ze strony innych – Suc, poniżania się – Aba, oraz podporządkowania się – Def. W skład trzeciej kategorii wchodzi 9 skal tematycznych odnoszących się do wybranych cech osobowości, w tym: gotowości do zmiany – Crs, samokontroli – Scn, zaufania do siebie – Sof, przystosowania osobistego – Pad, idealnego obrazu siebie – Iss, osobowości twórczej – Cps, zdolności przywódczych – Mls, męskości – Mas, oraz kobiecości – Fem. Do analizy uzyskanych wyników wykorzystano program komputerowy opracowany w Ośrodku Obliczeniowym Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Uzyskane w ten sposób rezultaty pozwoliły na dokonanie oceny obrazu siebie realnego (ja realne) i idealnego (ja idealne) u pacjentek z objawami depresji przed- i poporodowej oraz w grupie kontrolnej ciężarnych i położnic bez objawów depresji.

Wartości skal ACL w poszczególnych grupach przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych (\pm SD). Międzygrupowych porównań wartości średnich arytmetycznych dokonano na podstawie analizy wariancji ANOVA oraz testu post-hoc Tukeya. Wszystkie obliczenia wykonano korzystając z pakietu Statistica 7 (StatSoft®, Polska), przyjmując za poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki

Porównywane grupy pacjentek (kobiety ciężarne i położnice z objawami oraz bez objawów depresji okołoporodowej) nie różniły się istotnie pod względem wieku.

W porównaniu z grupą kontrolną (PC), kobiety ciężarne z objawami depresji okołoporodowej (PS), dokonując opisu ja realnego, w zakresie sposobu wyrażania i opisywania siebie uzyskiwały zniżej wartości punktowe liczby przymiotników pozytywnych oraz istotnie wyższe wartości w zakresie liczby przymiotników negatywnych. W zakresie skal potrzeb psychicznych ciężarne z objawami depresji wykazywały wyraźnie niższe zapotrzebowanie na osiągnięcia, dominację, wytrwałość, rozumienie siebie i innych, oraz afiliację, a także jego istotnie wyższy poziom – na wsparcie ze strony innych oraz upokorzenie (poniżanie się). W odniesieniu do skal tematycznych, ciężarne z grupy badanej uzyskiwały istotnie niższe wartości zaufania do siebie, przystosowania osobistego, idealnego obrazu siebie, osobowości twórczej

oraz męskości. W porównaniu z grupą kontrolną (PC), ciężarne z objawami depresji okołoporodowej uzyskały wyższe wartości punktowe jedynie w skali gotowości do zmiany (tabela 1).

W porównaniu z grupą kontrolną (PPC), położnice z objawami depresji okołoporodowej (PPS) wykazywały znamienne niższe poziomy wytrzymałości, przystosowania osobistego, idealnego obrazu siebie oraz osobowości twórczej, a także używały istotnie więcej przymiotników negatywnych i miały wyższe zapotrzebowanie na wsparcie ze strony innych (tabela 1).

Porównanie grupy kobiet ciężarnych z położnicami z objawami depresji okołoporodowej (PS i PPS) wykazało znamienne różnice we wszystkich skalach użytych do opisu ja realnego. I tak, ciężarne z grupy badanej uzyskały znamienne niższe wartości punktowe w zakresie liczby przymiotników pozytywnych, skali osiągnięć, dominacji, rozumienia siebie i innych, afiliacji, zaufania do siebie, przystosowania osobistego oraz idealnego obrazu siebie, a także istotnie wyższy poziom ponížania się i gotowości do zmiany (tabela 1).

Porównanie grup kontrolnych kobiet ciężarnych i położnic bez objawów depresji okołoporodowej (grupa PC i PPC) wykazało tylko jedną znamionną różnicę w zakresie ja realnego. Dotyczyła ona idealnego obrazu siebie – wartość tej skali była istotnie niższa wśród ciężarnych z grupy kontrolnej (tabela 1).

Tabela 1. Porównanie ja realnego ciężarnych (PS) i położnic (PPS) z objawami depresji okołoporodowej oraz ciężarnych (PC) i położnic (PPC) wolnych od tych dolegliwości

Skale ACL	PS (n = 50)	PPS (n = 26)	PC (n = 84)	PPC (n = 79)	Wartość p
Kategoria 1. Sposoby wyrażania i opisywania siebie					
Nck	31,67±5,29	33,04±5,77	31,22±5,74	32,80±6,93	0,299
Fav	37,96±8,13*	41,46±7,95	41,88±7,60	43,43±8,21	0,002
Ufv	49,75±9,48	48,35±8,54	45,15±5,08*	45,37±6,52*	0,001
Com	36,20±7,57	37,08±8,10	38,14±6,53	37,95±8,21	0,473
Kategoria 2. Skale potrzeb					
Ach	45,16±6,35	46,92±7,38*	48,24±6,72*	48,86±9,02*	0,041
Dom	45,92±7,29	49,96±7,15*	50,40±6,55*	50,77±7,49*	0,001
End	47,35±8,81	48,38±8,33	51,31±7,84*	52,78±8,80*	0,002
Ord	49,98±8,37	49,23±9,33	52,26±8,11	53,35±9,23	0,065
Int	40,22±6,66	42,00±8,02*	43,20±7,34*	44,04±8,41*	0,040
Nur	43,43±7,75	46,38±6,86	44,81±6,68	46,20±7,28	0,131
Aff	37,02±8,69	41,31±9,39*	43,27±9,97*	43,85±10,18*	0,001
Het	44,06±9,84	46,92±7,55	45,55±6,69	45,91±8,60	0,461
Exh	50,06±7,61	53,77±7,36	52,59±6,32	52,12±7,26	0,108

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Aut	48,43±5,84	51,12±6,78	49,67±4,49	50,47±6,12	0,134
Agg	51,86±7,48	52,54±6,29	51,22±6,13	50,41±7,04	0,455
Cha	44,24±6,34	43,42±7,04	43,92±6,96	43,02±6,61	0,741
Suc	54,29±5,81	53,15±8,43	49,25±6,14*	49,62±6,45*	0,000
Aba	53,14±8,12	49,42±6,63*	48,81±6,59*	48,63±7,07*	0,002
Def	49,55±6,50	52,04±5,98	49,76±5,78	49,84±6,46	0,354
Kategoria 3. Skale tematyczne					
Crs	48,69±7,20	43,88±5,90*	45,26±6,99*	45,91±8,92*	0,030
Scn	49,33±7,03	48,00±7,15	49,78±5,97	50,75±6,11	0,249
Scf	44,71±9,33	49,62±9,31*	50,31±8,05*	50,65±9,37*	0,001
Pad	39,67±6,51	42,73±7,01*	44,27±5,60**	45,40±7,50**	0,000
Iss	48,43±9,81	51,62±8,28*	52,41±7,89*	56,06±8,02**	0,000
Cps	46,65±8,24	46,77±5,69	48,56±6,23*	50,40±7,76*	0,016
Mls	41,78±6,72	43,15±7,95	43,95±6,17	44,49±8,52	0,204
Mas	44,22±6,06	47,38±8,49*	46,48±7,05*	48,02±8,89*	0,049
Fem	39,53±7,25	40,46±8,76	40,20±7,21	40,68±6,15	0,836

Wartości p określono na podstawie analizy ANOVA, istotne różnice międzygrupowe oznaczono jako * lub ** (test post-hoc Tukeya, $p \leq 0,05$)

Znacznie mniej różnic zaobserwowano w analizowanych grupach pacjentek w obszarze ja idealnego (tabela 2). W porównaniu z odpowiednimi grupami kontrolnymi (PC i PPC), zarówno ciężarne (PS) jak i położnice z objawami depresji (PPS) cechowały się znamienne wyższym poziomem afilacji. Nie wykazano natomiast znamienych różnic w zakresie ja idealnego pomiędzy ciężarnymi a położnicami z objawami depresji okołoporodowej (PS i PPS) oraz pomiędzy wolnymi od objawów depresji kobietami w ciąży a położnicami z grup kontrolnych (PC i PPC).

Tabela 2. Porównanie ja idealnego ciężarnych (PS) i położnic (PPS) z objawami depresji okołoporodowej oraz ciężarnych (PC) i położnic (PPC) wolnych od tych dolegliwości

Skale	PS (n = 50)	PPS (n = 26)	PC (n = 84)	PPC (n = 79)	Wartość p
Kategoria 1. Sposoby wyrażania i opisywania siebie					
Nck	31,16±6,41	31,27±5,45	29,63±3,43	29,83±4,69	0,248
Fav	42,46±7,82	43,15±9,29	40,13±7,14	39,92±7,94	0,145
Ufv	42,30±5,66	42,54±3,02	41,63±2,26	42,51±5,95	0,704
Com	32,10±8,94	34,50±8,85	30,41±6,71	30,75±6,36	0,104
Kategoria 2. Skale potrzeb					
Ach	51,60±7,08	53,23±6,85	51,56±6,89	50,34±7,78	0,410

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Dom	55,52±4,75	55,19±6,92	55,34±6,67	54,21±7,07	0,720
End	53,44±7,32	54,73±6,86	52,39±6,42	50,92±8,27	0,126
Ord	55,44±7,47	56,65±5,97	54,25±7,60	54,28±8,56	0,492
Int	41,80±5,93	43,15±7,61	42,98±6,93	42,47±7,42	0,791
Nur	41,24±5,95	40,23±6,53	39,91±5,35	39,70±5,10	0,513
Aff	41,30±7,05	42,77±11,36	37,92±8,19*	37,81±9,91*	0,026
Het	45,50±7,69	45,08±8,19	42,67±6,55	42,75±7,44	0,112
Exh	55,06±4,73	54,54±4,16	54,13±5,46	54,13±5,25	0,752
Aut	53,30±5,35	53,65±5,82	53,86±5,99	53,64±5,85	0,966
Agg	52,92±5,19	52,00±4,41	52,20±5,56	52,42±5,75	0,875
Cha	43,64±5,62	44,04±6,84	43,95±5,53	43,72±5,99	0,988
Suc	40,18±7,26	41,19±7,50	39,59±7,38	38,62±6,59	0,464
Aba	40,78±5,27	42,12±6,50	41,02±6,09	41,04±6,76	0,834
Def	44,42±5,13	44,42±5,62	43,75±5,20	44,42±6,14	0,890
Kategoria 3. Skale tematyczne					
Crs	48,46±6,62	48,38±9,83	50,47±6,35	49,96±8,34	0,429
Scn	47,46±5,38	47,58±5,19	46,77±5,02	47,13±5,42	0,875
Scf	58,08±7,30	58,58±9,06	57,58±9,53	57,68±9,16	0,962
Pad	44,54±5,40	46,69±5,61	44,72±5,99	43,94±8,04	0,357
Iss	64,60±6,69	65,81±7,92	65,19±7,85	64,32±7,40	0,830
Cps	55,52±6,46	58,15±8,28	57,48±7,33	56,98±6,73	0,372
Mls	43,54±5,43	45,08±6,60	42,55±5,30	42,34±6,70	0,207
Mas	53,84±7,58	55,69±9,27	53,66±8,94	53,74±8,86	0,761
Fem	36,12±6,02	38,08±7,09	35,48±6,93	34,87±5,13	0,184

Wartości p określono na podstawie analizy ANOVA, istotne różnice międzygrupowe oznaczono jako * (test post-hoc Tukeya, $p \leq 0,05$)

Omówienie wyników

Aktualny stan wiedzy w zakresie obrazu siebie kobiet ciężarnych i położnic jest ograniczony. Badania przeprowadzone przez Kornas-Biele [18] wykazały, że w porównaniu z kobietami nie spodziewającymi się dziecka, ciężarne cechują istotne zmiany w obrazie siebie, które wymagają uwzględnienia przez ich otoczenie. Na szczególną uwagę zasługuje silna potrzeba wsparcia społecznego i unikania konfliktów, oraz zmniejszone zapotrzebowanie na zmiany, zdobywanie nowych doświadczeń i afiliację. Zaspokojenie tych potrzeb warunkuje specyficzne funkcjonowanie ciężarnych. Specyfika funkcjonowania kobiet z tej grupy ma również związek z rodzajem relacji panujących w małżeństwie; te ostatnie wpływają z kolei na sposób przeżywania ciąży. Choć powyższych zależności nie analizowano w niniejszym badaniu, na ich występowanie wskazują wyniki wcześniejszych doświadczeń [19].

Przedstawione w niniejszej pracy dane o ja realnym i ja idealnym kobiet ciężarnych i położnic sugerują, że znamienne różnice, w porównaniu z odpowiednimi grupami kontrolnymi, widoczne są głównie w realnym obrazie siebie pacjentek z objawami depresji okołoporodowej. Różnice te dotyczą liczby pozytywnych i negatywnych przymiotników użytych do opisu osobowości, wartości wybranych skal potrzeb, tj. potrzeby osiągnięć, dominacji, wytrwałości, rozumienia siebie i innych, afiliacji, wsparcia ze strony innych oraz poniżania się, a także skal tematycznych odnoszących się do cech osobowości: gotowości do zmiany, zaufania do siebie, przystosowania osobistego i osobowości twórczej. Różnice w zakresie realnej oceny siebie stwierdzone pomiędzy ciężarnymi a położnicami z objawami depresji, zwłaszcza w odniesieniu do identyfikacji własnych potrzeb psychicznych i wybranych cech osobowości, mogą być związane z odmienną sytuacją tych grup kobiet, a przede wszystkim zmianą ich roli – z biernego (w pewnym sensie) oczekiwania na narodziny dziecka, i związanych z nim lęków i obaw, na aktywną opiekę nad noworodkiem. Uogólniając uzyskane wyniki można więc stwierdzić, że kobiety ciężarne z objawami depresji okołoporodowej przejawiają postawę mniej aktywną, introwertywną – bardziej wyczekującą i nieco wyizolowaną; tymczasem położnice z objawami depresji okołoporodowej są według swojej własnej oceny bardziej czynne i otwarte na otoczenie. Ta postawa manifestuje się wyższą potrzebą dominacji i zaufania do siebie, przy niższym poziomie poniżania się i gotowości do zmiany. Mogłoby to sugerować, iż w porównaniu z ciężarnymi, położnice z depresją okołoporodową są lepiej ukierunkowane na opiekę nad dzieckiem i wolne od wcześniejszych obaw o przebieg porodu; jednakże kobiety z tej grupy w dalszym ciągu potrzebują wsparcia ze strony męża/partnera lub innych członków rodziny.

Wydaje się, że występowanie objawów depresji okołoporodowej u kobiet w ciąży zaburza głównie ich ja realne. Stąd kobiety doświadczające objawów depresji okołoporodowej opisują swoją osobowość odmiennie niż pacjentki w porożu. To zróżnicowanie może być uwarunkowane zarówno czynnikami psychospołecznymi (odmienną sytuacją psychologiczną związaną z urodzeniem dziecka, w tym zwiększeniem się liczby obowiązków i poziomu odpowiedzialności za siebie i dziecko, a także przeciążeniem tą nową rolą) jak i czynnikami biologicznymi (głównie wpływem hormonów oraz fizjologicznymi następstwami braku snu). Przypuszcza się, że właśnie zasadnicza odmienność sytuacji ciąży i porożu jest główną determinantą zmian w realnym obrazie osobowości: z bardziej biernego w okresie ciąży na bardziej aktywny podczas porożu. Na obecnym etapie badań można by pokusić się o stwierdzenie, iż znaczne różnice obrazu ja realnego wśród ciężarnych są konsekwencją częstszego występowania depresji okołoporodowej w tej grupie. Nie można też wykluczyć, że to właśnie dysproporcje obrazu siebie predysponują kobiety z określonymi cechami osobowościowymi do depresji. Zależność ta nie była jednak przedmiotem niniejszego badania. Niezależnie od charakteru zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń nastroju a rozbieżnościami w zakresie ja realnego, należy jednak przyjąć, że wyraźne różnice w realnej ocenie własnej osobowości wskazują na brak samoakceptacji, a ta z kolei pozostaje w związku z zaburzeniami depresyjnymi.

Uzyskane przez nas rezultaty wskazują na potrzebę zastosowania interwencji psychologicznej w badanej grupie pacjentek. Wydaje się, że powinna ona mieć miejsce zarówno podczas pobytu w szpitalu jak i rutynowej opieki ambulatoryjnej. Wczesny początek psychoterapii winien skutkować złagodzeniem objawów depresyjnych, przekładającym się na poprawę stanu psychicznego pacjentki, wyższą ocenę ja realnego i lepszą opiekę nad dzieckiem.

Wnioski

Niniejsze badanie wykazało, że kobiety ciężarne, u których występowały objawy okołoporodowych zaburzeń depresyjnych, różnią się w sposobie wyrażania i opisywania siebie, a także pod względem samooceny niektórych potrzeb psychicznych oraz wybranych cech osobowości w realnym obrazie siebie; nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic w idealnym (oczekiwanym) obrazie siebie. Zaobserwowane różnice pomiędzy ciężarnymi a położnicami są treściowo zgodne z odmiennością ról związanych z ciążą i okresem połogowym; kobiety, przyjmujące w ciąży postawę bardziej pasywną i oczekującą, stają się bardziej aktywne w okresie połogu. Do pozytywnej zmiany realnego obrazu siebie w okresie poporodowym, związanej z pełnią rolą macierzyńską, dochodzi niezależnie od występowania objawów depresyjnych. Liczne, istotne różnice w realnym obrazie siebie ciężarnych z okołoporodowymi zaburzeniami depresyjnymi wskazują, że u pacjentek z tej grupy brak jest samoakceptacji, co zwykle współlistnieje z klinicznym obrazem zespołu depresyjnego.

Я реальное и Я идеальное у беременных женщин в послеродовом периоде и родов с симптомами депрессии

Содержание

Задание. Заданием работы было определение и оценка Я реального и Я идеального беременных женщин и рожениц с симптомами депрессии во время родов. Оценены способы выражения и самооценки женщины в области потребностей как психических, так и тематических шкал.

Методы. Исследование проведено у 134 женщин между 32 и 40 неделями беременности, а также 105 рожениц (от 2 до 5 дней родов). В качестве скринингового теста, направленного в сторону присутствия симптомов депрессии перед и после родов, использован глоссарий Эдинбургской шкалы депрессии во время родов. Профили личности оценены Тестом прилагательных.

Результаты. Беременные женщины и роженицы, у которых появились депрессивные симптомы отличались, с точки зрения самооценки некоторых из своих реальных психических потребностей. Исследованные не отличались, однако, в радиусе идеального (ожидаемого) собственного Я. Отмеченные различия между беременными и роженицами были тематически согласны с иными ролями, исполняемыми ими во время беременности и родовом периоде. Женщины, представляющие во время беременности поведение более пассивное и ожидающее, в родовом периоде становились более активными. Отмеченная в послеродовом периоде, позитивная сторона реальной собственной картины в связи с исполняемой материнской ролью, присутствовала, несмотря на наличие депрессивных симптомов.

Выводы. Отмечены многочисленные и существенные различия между идеальным и реальным самой себя образом у беременных женщин и рожениц с депрессивными нарушениями

во время родов. Это обстоятельство указывает на отсутствие у этих пациенток самоакцептации и требуют индивидуальной психологической интервенции.

Ключевые слова: депрессия, опека во время родов, личность.

Real-Selbst und Ideal-Selbst bei schwangeren Frauen und Wöchnerinnen mit Symptomen der perinatalen Depression

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit war das Real - Selbst und das Ideal - Selbst bei schwangeren Frauen und Wöchnerinnen mit Symptomen der perinatalen Depression zu bewerten. Die Bewertung bezieht sich auf die Weise der Selbst - Beschreibung und des Selbst – Ausdruckes im Bereich der psychischen Bedürfnisse und der thematischen Skalen.

Methoden. An die Studie wurden 134 Frauen zwischen der 32. und 40. Schwangerschaftswoche und 105 Wöchnerinnen (vom 2. bis zum 5. Tag nach der Geburt) eingeschlossen. Als Screening – Test für die Symptome der perinatalen Depression wurde der EPDS – Fragebogen eingesetzt. Die Persönlichkeitsprofile wurden mit dem ACL – Test gemessen.

Ergebnisse. Die schwangeren Frauen und die Wöchnerinnen, bei denen die Depressionssymptome erschienen, unterschieden sich im Hinblick auf die Selbsteinschätzung mancher realen psychischen Bedürfnisse. Die Untersuchten unterschieden sich dagegen im Hinblick auf das ideale (erwartete) Selbst-Bild. Die beobachteten Unterschiede zwischen den Schwangeren und Wöchnerinnen waren inhaltlich kohärent mit den unterschiedlichen Rollen, die sie in der Schwangerschaft und im Wochenbett erfüllten. Die Frauen, die in der Schwangerschaft eher passiv und wartend erschienen, wurden im Wochenbett aktiver. Die in der perinatalen Zeit beobachtete positive Veränderung des realen Selbst-Bildes im Zusammenhang mit der Rolle der Mutter, trat trotz den depressiven Symptomen auf.

Schlussfolgerungen. Die zahlreichen und signifikanten beobachteten Unterschiede zwischen dem Ideal- und Real-Selbst bei den Schwangeren und Wöchnerinnen mit den perinatalen depressiven Störungen weisen auf das Fehlen bei diesen Patientinnen von Selbstakzeptanz hin. Sie bedürfen einer individualisierten psychologischen Intervention.

Schlüsselwörter: Depression, perinatale Pflege, Persönlichkeit

Moi réel et moi idéal chez les femmes enceintes et parturientes avec symptômes de dépression périnatale

Résumé

Objectif. L'objectif de l'étude est une estimation du moi réel et idéal des femmes enceintes et des parturientes avec symptômes de dépression périnatale, par rapport à la façon d'exprimer et de se décrire soi-même dans le domaine des besoins psychiques et des échelles thématiques

Méthodes. Ont participé à l'étude 134 femmes enceintes (entre 32 et 40 semaines de grossesse) et 105 parturientes (entre 2 et 5 jours post-partum). Comme dépistage de la présence des symptômes de dépression périnatale et puerpérale, le Questionnaire EPDS d'Évaluation d'un État Dépressif a été utilisé. Les profils de personnalités ont été examinés avec le Test ACL.

Résultats. Les femmes enceintes et parturientes avec symptômes de dépression se différencient au niveau de l'auto-évaluation de leurs besoins psychiques réels. Cependant les patients ne se différencient pas s'il s'agit de l'image (attendue) idéale de soi-même. Les différences observées entre les femmes enceintes et parturientes s'accordent sémantiquement avec leurs rôles pendant la grossesse et la période post-partum, les femmes présentant pendant la grossesse une attitude plus passive et d'attente, devenaient plus actives dans la période post-partum. Une transformation positive de l'image réelle de soi-même dans le cadre du rôle maternel rempli, observée dans la période post-partum, a été constatée malgré la présence des symptômes de dépression.

Conclusions. Les nombreuses différences observées entre l'image de soi-même idéale et réelle chez les femmes enceintes et parturientes avec troubles dépressifs périnataux montrent l'absence de l'auto-acceptation chez ces patientes et exigent une intervention psychologique individualisée

Mots-clés: dépression, soin périnatal, personnalité.

Piśmiennictwo

1. Podolska MZ, Majkowicz M, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. *Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a Lęk-stan i Lęk-cecha u kobiet z objawami depresji okołoporodowej*. Ginekol. Pol. 2009; 80: 201–206.
2. Steiner M, Yonkers K. *Depresja u kobiet*. Gdańsk: Via Medica; 1999.
3. Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, Ellwood D, Barnett B, Kowalenko N, Matthey S, Austin MP, Bilszta J. *Acceptability of routine screening for perinatal depression*. J. Affect. Disord. 2006; 93: 233–237.
4. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
5. Beck CT. *The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis*. Nurs. Res. 1995; 44: 298–304.
6. Austin MP, Lumley J. *Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 107: 10–17.
7. Hall CS, Lindzey G. *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN; 2001.
8. Matkowski M. *Test Przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki*. Przegl. Psychol. 1984; 2: 519–536.
9. Juros A, Oleś P. *Struktura czynnikowa i skupieniowa testu przymiotnikowego ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna*. W: Brzeziński J, Hornowska E, red. *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej*. Poznań: UAM, 1993, s. 171–202.
10. Verkerk GJ, Denollet J, van Heck GL, van Son MJ, Pop VJ. *Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study*. Psychosom. Med. 2005; 67: 632–637.
11. Kossakowska-Patrycka K, Wałęcka-Matyja K. *Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka*. Ginekol. Pol. 2007; 78: 544–548.
12. Podolska M, Majewska A. *Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego*. Klin. Perinatol. Ginekol. 2007; 43 (4): 60–64.
13. Podolska M, Majewska A. *Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych stosowane przez matki w pologu*. Klin. Perinatol. Ginekol. 2007; 43 (4): 64–68.
14. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. *Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study*. J. Affect. Disord. 2008; 108: 147–157.
15. Zar M, Wijma K, Wijma B. *Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women*. Scand. J. Behav. Ther. 2001; 30: 75–84.
16. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. *Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study*. Psychiatry Clin. Neurosc. 2008; 62: 331–340.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Brit. J. Psychiatry 1987; 150: 782–786.

18. Kornas-Biela D. *Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących narodzin dziecka*. W: Bielawska-Batorowicz E, Kornas-Biela D, red. *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*. Lublin: RW KUL; 1993, s. 91–97.
19. Podolska MZ, Majkowicz M, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. *Kohabitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej*. *Ginekol. Pol.* 2009; 80: 280–284.

Adres: Magdalena Podolska
NZOZ Meditest, Diagnostyka Medyczna
71-533 Szczecin, ul. Bronisławy 14D

Otrzymano: 8.07.2011
Zrecenzowano: 7.11.2012
Otrzymano po poprawie: 6.01.2013
Przyjęto do druku: 17.01.2013
Adiustacja: L. Sz.