



## **Konsensus psychiatryczno-położniczy w sprawie wskazań do cięcia cesarskiego ze wskazań psychiatrycznych ze szczególnym uwzględnieniem lęku związanego z porodem (określanego czasami terminem „tokofobia”).**

Dominika Dudek, Filip Dąbrowski Piotr Gałęcki, Hubert Huras, Sebastian Kwiatkowski Michał Mielimąka, Anna Scholz, Agata Szulc  
Adam Wichniak, Dariusz Wydra, Piotr Sieroszewski

Cięcie cesarskie jest operacją położniczą, mającą na celu ratowanie zdrowia i życia matki i dziecka w sytuacjach ich zagrożenia. Jest operacją brzuszną, obejmującą przecięcie kolejno wszystkich warstw powłok brzusznych, następnie macicy oraz wydobycie płodu. Jak każda operacja chirurgiczna, cięcie cesarskie nie jest pozbawione ryzyka powikłań, takich jak wtórny krwotok do jamy otrzewnej, infekcje czy uszkodzenia narządów sąsiednich, takich jak pęcherz moczowy, moczowód czy jelito. Powikłania cięcia cesarskiego mogą być bardzo poważne, obejmując wstrząs hipowolemiczny, zakrzepicę naczyń żylnych, zatorowość, ciężkie zakażenie, a nawet zgon pooperacyjny w wyniku powyższych powikłań.

Globalnie obserwuje się trend zwiększania odsetka cięć cesarskich, co jednak nie przekłada się na poprawę wyników perinatalnych. W wielu krajach odsetek cięć cesarskich przekracza rekomendowane 10-15%, co nie przekłada się na zmniejszenie umieralności matek i dzieci. W Polsce obecnie odsetek cięć cesarskich wynosi ponad 40%, co jest zjawiskiem niepokojącym.

Wzrost liczby wykonywanych cięć cesarskich niesie ze sobą rosnący odsetek kolejnych ciąż po przebytych cięciach cesarskim, w których dochodzi do powikłań odległych. Do najpoważniejszych należą przypadki łożyska wrastającego w bliźnię po cięciu cesarskim, stwarzającego śmiertelne zagrożenie dla matki i dziecka. Obecnie w Polsce obserwuje się zjawisko kwalifikowania pacjentek do tej procedury również ze wskazań psychiatrycznych. Dotyczy to głównie dwóch grup pacjentek: z historią zaburzeń psychicznych oraz doświadczających silnego lęku przed porodem, określanego czasami terminem tokofobia (należy zaznaczyć, że nie jest to rozpoznanie wyróżnione w klasyfikacjach ICD-10/ICD-11). W obu przypadkach konieczne jest dokładne rozważenie uzasadnienia medycznego cięcia cesarskiego, z uwzględnieniem potencjalnych korzyści i ryzyka, a także współpraca z specjalistą ds. zdrowia psychicznego.

Niewątpliwie najistotniejsza jest wyczerpująca rozmowa z kobietą ciężarną, w której lekarz położnik powinien wyjaśnić wszystkie aspekty cięcia cesarskiego, przedstawiając dokładnie wskazania, przebieg operacji, ale także uświadamiając ryzyko powikłań wczesnych i późnych. Istotne jest także przekazanie kobiecie informacji na temat porodu w sposób dla niej zrozumiały i adresujący jej obawy i



błędne przekonania związane z porodem drogą natury. Postępowanie takie zmniejsza lęk kobiety przed porodem oraz umożliwia jej właściwe przygotowanie się do porodu. Ponadto ważne jest podejmowanie starań zapewnienia kobiecie rodzącej warunków porodu zmniejszających nasilenie czynników generujących napięcie i niepokój, w tym m. in. minimalizowanie bólu, który często jest głównym, zgłaszanym przez pacjentki źródłem lęku przed porodem drogami natury.

Decyzja o operacji cięcia cesarskiego, która jest wskazana w sytuacjach uzasadnionych medycznie, powinna być podejmowana ostrożnie i z pełnym zrozumieniem konsekwencji, zarówno dla matki, jak i dla dziecka.

Wskazaniem do cięcia cesarskiego mogą być rozpoznane zaburzenia psychiczne i inne poważne zakłócenia stanu psychicznego, które w trakcie porodu stanowią istotne ryzyko braku współpracy lub utrudniania akcji porodowej drogą natury.

Decyduje ocena stanu psychicznego w okresie poprzedzającym planowany poród, a nie samo rozpoznanie. Diagnoza zaburzenia psychicznego, nawet ciężkiego (np. schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa) sama przez się nie determinuje zachowania i ryzyka braku współpracy pacjentki podczas akcji porodowej oraz poziomu współpracy z nią.

Stąd zaburzenie psychiczne w okresie remisji, u pacjentki w stabilnym stanie psychicznym, w trakcie leczenia i będącej pod kontrolą lekarza psychiatry, nie stanowi wskazania do cięcia cesarskiego, chyba, że prowadzący psychiatra, opierając się o swoją wiedzę i znajomość konkretnej pacjentki zadecyduje inaczej, uzasadniając swoją opinię.

Zaświadczenie o wskazaniu do zabiegu cięcia cesarskiego z przesłanek psychiatrycznych może być wydane jedynie po osobistym zbadaniu pacjentki i ocenie wszystkich okoliczności zdrowotnych i psychologiczno-społecznych. Ocena stanu psychicznego powinna być przeprowadzona w miarę możliwości w okresie bezpośrednio poprzedzającym poród.

Pacjentkom z objawami zaburzeń psychicznych w okresie ciąży należy zapewnić pomoc psychiatry, a także rozważyć konsultacje z psychologiem oraz psychoterapeutą. Podjęcie psychoterapii może być ważnym elementem przygotowania do porodu, w szczególności u kobiet, które w związku z narodzinami dziecka oraz rozwiązaniem doświadczają wzrostu nasilenia objawów zaburzeń funkcjonowania psychiki.

Należy też pamiętać, że zaburzenia psychiczne w okresie ciąży zwiększają ryzyko poważnych zaburzeń w okresie poporodowym (m. in. depresja poporodowa, psychoza poporodowa, zaostrzenie w przebiegu zaburzeń lękowych/osobowości), dlatego też pacjentki należy o tym informować i w miarę możliwości zalecić konsultację specjalistyczną już po urodzeniu dziecka.