

## ПОСТПАРТАЛНА ДЕПРЕСИЯ

Д. ГАВРАИЛОВА

Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – София

## POSTPARTUM DEPRESSION

D. GAVRAILOVA

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

**Резюме.** Постпарталните психични заболявания са група нарушения, които засягат жените в детеродна възраст. Докато постпарталната емоционална нестабилност е обикновено доброкачествена и самоограничаваща се, следродилната депресия и постпарталната психоза причиняват значителен стрес и дисфункция. Нелекуваните депресивни нарушения създават риск за повтарящо се заболяване и са свързани с дългосрочни когнитивни, емоционални и поведенчески проблеми при децата. Важен момент в превенцията на постпарталните психични нарушения е да се повиши осведомеността на здравните специалисти, така че тези състояния да могат да бъдат рано идентифицирани и своевременно лекувани.

**Ключови думи:** постпартална депресия, рискови фактори, специфични симптоми, превенция

**Summary.** Postpartum psychiatric disorders are a group of disorders that affect the women of childbearing age. While postpartum blues is usually benign and self-limiting, postpartum depression and postpartum psychosis cause significant distress and dysfunction. Untreated depressive disorders pose a risk of recurrent disease and are associated with the long-term cognitive, emotional and behavioral problems in children. An important aspect in the prevention of postpartum psychiatric disorders is raising awareness of health professionals in order that these conditions might be identified early and treated promptly.

**Key words:** postpartum depression, risk factors, specific symptoms, treatment, prevention

Следродовият период е най-уязвимото време при жената за развитие на психично заболяване.

Постпарталното психично заболяване първоначално се концептуализира като група нарушения, които са конкретно свързани с бременността и раждането, и по този начин се смята за диагностично различно от други психични заболявания. Проучванията показват обаче, че постпарталното психично заболяване практически не се отличава от психичните разстройства, които се случ-

ват в други периоди по време на живота на една жена [1].

По време на следродовия период до 85% от жените изпитват някакъв вид смущение в настроението. Според Американската психиатрична асоциация (ААР) повече от 400 000 деца се раждат всяка година от майки, които са депресирани [24]. Въпреки че за повечето жени симптомите на нарушения в настроението (емоционална нестабилност) са преходни и сравнително леки, 10-15% от жените изпитват по-сериозна

и постоянна форма на депресия, а 0,1-0,2% от жените развиват постпартална психоза [18, 25, 35, 39].

Съществуват три форми на депресивно постпартално настроение:

1. Постпартална емоционална нестабилност – често срещан феномен. Възниква при 1/3 от майките в ранния следродов период.

2. Лека или умерена постпартална депресия (ППД) – при 10% от майките – в рамките на една година след раждането.

3. Постпартална психоза – представя се с атипична смесена клинична картина. Често се срещат депресивни и манийни признаци. Състоянието има изразена връзка с последващо развитие на биполарно разстройство.

### **ПОСТПАРТАЛНА ЕМОЦИОНАЛНА НЕСТАБИЛНОСТ**

До 85% от жените изпитват след раждането емоционална нестабилност. Тя се проявява три-четири дена след раждането и се дължи на хормоналните промени в организма на майката, както и на тоталната промяна в начина на живот, която настъпва след появата на детето. Основните симптоми са плачливост, раздразнителност и безпокойство, честа смяна на настроенията, неспокоен сън, проблеми с храненето, трудно концентриране [5, 17, 31, 37]. Тези симптоми отзвучават спонтанно в рамките на около 2 седмици след раждането и не нарушават способността на майката да се грижи за детето си [5]. Жените с по-тежки симптоми или симптоми, продължаващи по-дълго от 2 седмици, трябва да бъдат изследвани за следродилна депресия [1, 5, 17, 41]. Тъй като следродилната емоционална нестабилност е обикновено лека и отзвучава спонтанно, не се налага специфично лечение, а са необходими различни форми на подкрепа и увереност.

### **ПОСТПАРТАЛНА (СЛЕДРОДИЛНА) ДЕПРЕСИЯ**

Постпарталната депресия (ППД) се среща при 10-15% от жените в общата популация и се появява най-често през първите 4 месеца след раждането, с възможност да се изяви по всяко време през първата година. Следродилната депресия е по-

различно състояние от депресията, която може да се развие в друг момент от живота на жената [1, 16], но изисква незабавно лекарско внимание.

### **Рискови фактори за ППД**

Различни фактори от обкръжението на майката способстват за увеличаване на възможността за развитие на ППД. Ранната идентификация и навременното лечение могат да спрат появата и задълбочаването на депресивното състояние.

**Хормонални фактори.** Макар че нивата на естроген, прогестерон и кортизол намаляват драстично в рамките на 48 часа след раждането, хормоналният статус и степента на промяна в хормоналните нива при жените с постпартална депресия не се различават значително от тези при недепресираните жени [7, 24]. Въпреки това засегнатите лица могат да са с повишена чувствителност към промени в хормоналната среда и да развият депресивни симптоми при лечение с екзогенен естроген или прогестерон [7].

Наличието на автоимунно тиреоидно заболяване също повишава риска от развитие на ППД. Vergink и сътр. [6] правят проучване върху тридесет и една жени примипара със следродилна депресия, които преди това не са имали психично заболяване. Контролната група включва 117 примипара жени (N = 117). От всички участници са получени кръвни проби 4 седмици и 9 месеца след раждането. Изследвани са нивата на ТРО антителата – количествен имунологичен маркер за автоимунно заболяване на щитовидната жлеза (AITD – autoimmune thyroid disease), както и ТСХ (тиреостимулиращ хормон) и fT<sub>4</sub> (свободен тироксин) – за клинична оценка на дисфункция на щитовидната жлеза. Според получените резултати на 4-тата седмица след раждането и преди започване на терапия с антидепресанти, 19% от жените с постпартална депресия са имали AITD в сравнение със само 5% в контролната група. Жените с наличие и на двете заболявания след раждането (постпартална депресия и AITD) са имали значително по-висок риск от прогресия на клиничната дисфункция на щитовидната жлеза (67%) в сравнение с участниците от контролната група само с AITD (20%).

Механизмът на развитие на депресия при хипотиреоидната фаза на постпарталната тиреоидна дисфункция е неясен. Предполага се, че може би е свързан с нарушена продукция на 5-хидрокситриптамин или с нарушено освобождаване на цитокини, имащи невротрансмитерна функция.

**Психосоциални фактори.** Жените, които съобщават за неадекватна социална подкрепа, семейни проблеми или негативни събития в живота, като смърт в семейството, финансови затруднения, загуба на работа, е по-вероятно да изпаднат в депресия след раждането [19]. С повишен риск от следродилна депресия са и жени с фамилна анамнеза за психично разстройство или депресия по време на настоящата бременност [19], а тези с предишна история на следродилна депресия или психоза имат риск от рецидив до 90% [32, 33, 42].

Други рискови фактори за ППД са усложнения по време на бременността и раждането, ниска увереност като родител, млади или несемейни майки, нежелана бременност, проблеми със здравето на детето, липса на подкрепа от страна на близките, особено от партньора, финансова нестабилност и пр. [1, 19, 28].

Признаците и симптомите на постпартална депресия са клинично неразличими от тежката депресия, която се развива по друго време [27]. Следродилната депресия е по-устойчива и по-изтощителна от постпарталната емоционална нестабилност и често пречи на способността на майката да се грижи за себе си или за детето [1].

В следродовия период депресията се характеризира като силна тъга, тревожност или отчаяние. Симптомите включват още потиснато настроение, плачливост, безсъние, умора, нарушения на апетита, мисли за самоубийство и повтарящи се мисли за смъртта [3]. Могат да се развият притеснения или мании за здравето и благополучието на детето, натрапчиви страхове или мисли за самонараняване на новороденото, както и отрицателни чувства към него [19, 38]. Тези прояви пречат на способността на майката да изпълнява функциите си и създават риск от увреждане на майката или детето [1, 29, 42].

Първоначалната оценка на състоянието включва задълбочена анамнеза, физикално изследване, рутинни лабораторни изследвания, изключване на други причини за наблюдаваните нарушения (напр. дисфункция на щитовидната жлеза, анемия и др.) [36, 42]. Следродилната депресия е сериозно психично заболяване и ако не се лекува, се отразява негативно на правилното развитие на детето. Състоянието води до липса на емоционална връзка между майката и новороденото и децата развиват несигурност, имат ниско самочувствие, страдат от липса на доверие към другите и трудно се привързват. Често такива деца трудно управляват собствените си емоции, развиват агресия или проблемно поведение и са с повишен риск от депресия в по-късна възраст [21, 30].

### СЛЕДРОДИЛНА ПСИХОЗА

Следродилната психоза е най-тежката форма на психично заболяване след раждането [11]. Това състояние е рядко и се среща при около 1-2 на 1000 жени след раждане [18]. С най-висок риск са жени с лична история на биполарно разстройство или предишен епизод на психоза след раждането [20, 34].

Следродилната психоза има драматично начало и се изявява още през първите 48-72 часа след раждането, с възможност симптомите да се развият в рамките на първите 2 седмици след раждането. Състоянието се изявява с бързоразвиващи се манийни или смесени епизоди с прояви като безпокойство и безсъние, раздразнителност, бързо сменящи се депресирани или въодушевени настроения, дезорганизирано поведение [11, 34]. Майката може да има халюцинации, вярвания, които се отнасят за новороденото (напр. бебето е дефектно или умира, детето е Сатана или Бог), или слухови халюцинации, които я инструктират да нарани себе си или новороденото [11, 31, 34, 38, 41]. При жени с нелекувана следродилна психоза рисковете за детеубийство и самоубийство са високи – над 4% [31, 38]. Послеродовата психоза е психиатрично спешен случай, който обикновено изисква стационарно лечение [12, 33, 34]. За овладяването ѝ се използват медика-

менти, стабилизиращи настроението (литий, валпроева киселина, карбамазепин), в комбинация с антипсихотични медикаменти и бензодиазепини [33]. Прилага се и електроконвулсивна терапия (ЕКТ), която има бърз ефект, безопасна е и се понася добре [12, 13].

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Ранното започване на лечение е свързано с по-добра прогноза [9, 42, 43]. Липсата или неадекватната терапия могат да доведат до увеличаване на риска от заболяемост при майката и детето, както и да компрометират социалното и интелектуалното развитие на бебето [21, 22, 23].

Нефармакологичните стратегии за лечение са полезни за жени с леко до умерено тежки депресивни симптоми. Ефективни са индивидуалната или груповата психотерапия (когнитивно-поведенческа и междуличностна терапия) [4, 10, 25, 27].

Фармакологичните стратегии са показани за умерени до тежки депресивни симптоми или когато състоянието на жената не отговаря на нефармакологичното лечение. При тежка следродилна депресия в съображение идва хоспитализация, както и електроконвулсивна терапия (ЕКТ) – бърз, безопасен и ефективен метод за жени с тежка следродилна депресия, особено с активни суицидни мисли [12, 13, 14, 15].

Първа линия на лечение са антидепресантите [2, 8, 43]. Обикновено симптомите започват да намаляват в рамките на 2-4 седмици, като пълната ремисия може да отнеме няколко месеца. При първи епизод на депресия се препоръчва лечение за 6-12 месеца. В случаите на частичен отговор на лечението се прибегва до увеличаване на дозировката на медикамента. При жени с повтарящи се епизоди на тежка депресия е показано дългосрочно поддържащо лечение с антидепресанти [43]. При пациенти с тревожност и нарушения на съня са полезни анксиолитични агенти като лоразепам и клоназепам.

Селективните инхибитори на обратното захващане на серотонина (SSRIs) са първа линия на лечение и са ефективни при жени със следродилна депресия. Използват се стандартни дози антидепресанти (напр.

флуоксетин [прозак] 10-60 mg на ден, сертралин [Zoloft] 50-200 mg на ден, пароксетин [Paxil] 20-60 mg на ден, циталопрам [Celexa] 20-60 mg на ден). Нежеланите ефекти на тези медикаменти включват безсъние, нервност, гадене, потискане на апетита, главоболие и сексуална дисфункция.

Трицикличните антидепресанти (ТАД) (нортриптилин 50-150 mg дневно) могат да бъдат полезни при жени с нарушения на съня, въпреки че някои проучвания показват, че жените реагират по-добре на медикаментите от категория SSRIs. Нежеланите ефекти на ТАД включват седация, наддаване на тегло, сухота в устата, запек и сексуална дисфункция.

## **Лечение и кърмене**

Жените, които планират да кърмят, трябва да бъдат информирани, че всички психотропни медикаменти, включително и антидепресанти, се секретират в майчиното мляко, като концентрациите им варират в широки граници [40]. Майки, лекувани с валпроева киселина и карбамазепин, трябва да избягват кърменето, тъй като тези средства се свързват с хепатотоксичност при кърмачето [2]. Жени, лекувани с литий, трябва да кърмят с повишено внимание, защото литият се секретира във високи нива в кърмата и може да причини значителна токсичност при кърмачето. При такива новородени се препоръчва периодичен мониторинг на нивата на литий и функцията на щитовидната жлеза [2, 40].

## **Превантивни мерки**

Wisner и сътр. препоръчват при жени с анамнеза за рекурентна или следродилна депресия да се проведе профилактично лечение с антидепресанти, които могат да се започнат малко преди или веднага след раждането, за да се намали рискът от повтарящо се заболяване [43].

Жените с биполарно разстройство или анамнеза за постпартална психоза могат да се възползват от профилактично лечение с литий, започнато преди или в рамките на 24 часа след раждането [32, 33].

Ефикасността на профилактичните нефармакологични интервенции не е напълно оценена, въпреки че проучване на O'Hara и

сътр. показва нисък процент на следродилна депресия при групата жени, получили междуличностна терапия за лечение на депресия по време на бременност [26].

### Библиография

1. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. – *Obstet. Gynecol.*, **108**, 2006, № 2, 469-477.
2. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.*, **111**, 2008, № 4, 1001-1020.
3. APA. DSM-IV-TR. – In: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. Appleby, L. et al. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. – *BMJ*, **314**, 1997, № 7085, 932-936.
5. Beck, C. T. Postpartum depression: it isn't just the blues. – *Am. J. Nurs.*, **106**, 2006, № 5, 40-50.
6. Bergink, V. et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. – *B. J. P.*, **198**, 2011, № 4, 264-268.
7. Bloch, M. et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. – *Am. J. Psychiatry*, **157**, 2000, № 6, 924-930.
8. Chaudron, L. H. et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. – *Pediatrics*, **125**, 2010, № 3, 609-617.
9. Di Scalea, T. L. et K. L. Wisner. Pharmacotherapy of postpartum depression. – *Exp. Opin. Pharmacother.*, **10**, 2009, № 16, 2593-2607.
10. Dimidjian, S. et M. W. O'Hara. Pharmacotherapy or untreated antenatal depression: a false dichotomy. – *J. Clin. Psychiatry*, **70**, 2009, № 9, 1321-1322.
11. Doucet, S. et al. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. – *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.*, **38**, 2009, № 3, 269-279.
12. Forray, A. et R. B. Ostroff. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. – *J. ECT.*, **23**, 2007, 188-193.
13. Freeman, M. P. et M. F. Davis. Supportive psychotherapy for perinatal depression: preliminary data for adherence and response. – *Depress Anxiety*, **27**, 2010, № 1, 39-45.
14. Freeman, M. P. Managing depression during pregnancy. – *J. Clin. Psychiatry*, **70**, 2009, № 7, 25.
15. Freeman, M. P. Postpartum depression treatment and breastfeeding. – *J. Clin. Psychiatry*, **70**, 2009, № 9, 35-40.
16. Gaynes, B. N. et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. – *Evid. Rep. Technol. Assess. (Summ)*, **119**, 2005, 1-8.
17. Imsiragic, A. S., D. Begic et S. Martic-Biocina. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery – observational, comparative study. – *Coll. Antropol.*, **33**, 2009, № 2, 521-527.
18. Kendell, R. E., J. C. Chalmers et C. Platz. Epidemiology of puerperal psychoses. – *Br. J. Psychiatry*, **150**, 1987, 662-673.
19. Lancaster, C. A. et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. – *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **202**, 2010, № 1, 5-14.
20. Marcus, S. M. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – *Motherisk Update* 2008. – *Can. J. Clin. Pharmacol.*, **16**, 2009, № 1, 15-22.
21. Murray, L. et P. J. Cooper. Postpartum depression and child development. – *Psychol. Med.*, **27**, 1997, № 2, 253-260.
22. Muzik, M. et al. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. – *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.*, **36**, 2009, № 4, 771-788.
23. Muzik, M., S. M. Marcus et H. A. Flynn. Psychotherapeutic treatment options for perinatal depression: emphasis on maternal-infant dyadic outcomes. – *J. Clin. Psychiatry*, **70**, 2009, № 9, 1318-1319.
24. Norwitz, E. R. et S. J. Lye. Biology of parturition. – In: Thomas R. Moore, Charles J. Lockwood. *Creasy and Resnick's Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice*, edited by Robert K. Creasy RR, Jay D. Iams; associate editors. Philadelphia, PA, Saunders Elsevier, 2009, 19103-2899.
25. O'Hara, M. W., D. J. Neunaber et E. M. Zekoski. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. – *J. Abnorm. Psychol.* **93**, 198, № 2, 158-171.
26. O'Hara M. W. et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. – *Arch. Gen. Psychiatry*, **57**, 2000, № 11, 1039-1045.
27. O'Hara, M. W. Postpartum depression: what we know. – *J. Clin. Psychol.*, **65**, 2009, № 12, 1258-1269.
28. Oppo, A. et al. Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRReScU) study. – *Arch. Womens Ment. Health*, **12**, 2009, № 4, 239-249.
29. Peindl K. S., K. L. Wisner et B. H. Hanusa. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. – *J. Affect. Disord.*, **80**, 2004, № 1, 37-44.
30. Piteo, A. M., L. N. Yelland et M. Makrides. Does maternal depression predict developmental outcome in 18month old infants? – *Early Hum. Dev.*, Feb 21, 2012. <http://emedicine.medscape.com/article/271662-overview#a1>.
31. Scrandis, D. A. et al. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. – *Sci. World J.*, **7**, 2007, 1670-1682.
32. Sharma, V., V. K. Burt et H. L. Ritchie. Bipolar II postpartum depression: Detection, diagnosis, and treatment. – *Am. J. Psychiatry*, **166**, 2009, № 11, 1217-1221.

33. Sharma, V., V. K. Burt et H. L. Ritchie. Assessment and treatment of bipolar II postpartum depression: a review. – J. Affect. Disord., **125**, 2010, № 1-3, 18-26.
34. Sharma, V. Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. – Curr. Drug. Saf., **3**, 2008, № 1, 76-81.
35. SIGN. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2002, 32.
36. Sit, D. K. et K. L. Wisner. Identification of postpartum depression. – Clin. Obstet. Gynecol., **52**, 2009, № 3, 456-468.
37. Spinelli, M. G. Antepartum and postpartum depression. – J. Gen. Specif. Med., **1**, 1998, № 2, 33-36.
38. Spinelli, M. G. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. – Am. J. Psychiatry, **161**, 2004, № 9, 1548-1557.
39. USPSTF. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. – Ann. Intern. Med., **151**, 2009, № 11, 784-792.
40. Weissman, A. M. et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. – Am. J. Psychiatry, **161**, 2004, № 6, 1066-1078.
41. Wisner, K. L., B. L. Parry et C. M. Piontek. Clinical practice. Postpartum depression. – N. Engl. J. Med., **347**, 2002, № 3, 194-199.
42. Wisner, K. L. et al. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. – J. Clin. Psychiatry, **62**, 2001, № 2, 82-86.
43. Wisner, K. L. et al. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. – Am. J. Psychiatry, **161**, 2004, № 7, 1290-1292.
- ✉ Адрес за кореспонденция:  
Д-р Даниела Гавраилова  
Факултет „Обществено здраве“  
Медицински университет  
ул. „Бяло море“ № 8  
☎ 02 9432-219



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ул. "Св. Г. Софийски" № 1, 1431 София

(02) 952-23-93, (02) 952-16-45, (02) 952-05-09, (02) 952-59-20, <http://www.mu-sofia.bg>

**АБОНАМЕНТЕН СПИСЪК – 2013**

Заглавие	Периодичност	Годишен абонамент в лв.
Acta Medica Bulgarica (на англ. език)	2	20
Акупунктура	2	14
Български медицински журнал	3	30
Детски и инфекциозни болести	2	16
Ендокринни заболявания	2	14
Медицински мениджмънт и здравна политика	3	21
Медицински преглед	4	48
Неврология и психиатрия	2	14
Обща медицина	4	32
Сестринско дело	3	24
Съвременна стоматология	3	30
Сърдечно-съдови заболявания	3	30