


e-ISSN: 2345-0592	Medical Sciences	
Online issue	Official website: www.medicinesciences.com	
Indexed in <i>Index Copernicus</i>		

Peculiarities of perinatal depression: diagnostics, treatment, consequences

Unė Krasauskaitė¹, Mantas Guzevičius¹

¹*Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Medicine, Kaunas, Lithuania*

Abstract

According to the diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th edition (DSM-5) depression that occurred during the pregnancy or up to 4 weeks postpartum is called perinatal depression. This disorder is hard to identify as it is nonhomogenous and manifests differently in every woman. Prevalence of the disease depends on various factors. Experiencing depression before pregnancy is one of the main risk factors for perinatal depression to develop. It is diagnosed in accordance with DSM-5 criteria when two main and two additional symptoms manifest in a period of two weeks. Depression during pregnancy and after giving birth can lead to serious consequences for both mother and child, if not treated promptly. It is important to perform a psychiatric examination and prescribe treatment. Especially when there are moderate to severe symptoms, suicidal thoughts or signs of psychosis. For adequate treatment the safety – risk balance and individual patient’s situation must be accessed. Second generation antidepressants (selective serotonin uptake inhibitors) is a first – choice pharmacotherapy for perinatal depression. Combining psychotherapy with medication is important when treating moderate to severe depression. Women may refuse to use antidepressants during pregnancy or breastfeeding thinking it might affect the fetus or newborn. It is therefore important to let them know about alternative treatments. Psychotherapy is a method of first choice for treatment of mild to moderate depression. Additionally, cognitive behavioral and interpersonal therapy can be effective means of prevention and treatment. Perinatal depression can have adverse effects on the fetus as well as newborn. Consequently, the disorder can lead to harmful maternal behavior that would affect fetus during the prenatal period. Untreated depression during pregnancy persists after childbirth.

Keywords: perinatal depression, pregnancy, postpartum depression, mental disorder.

Perinatalinės depresijos ypatumai: diagnostika, gydymas, pasekmės

Unė Krasauskaitė¹, Mantas Guzevičius¹

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

Santrauka

Pagal depresijos psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovą (angl. *DSM-5*) perinatalinė depresija diagnozuojama nėštumo metu arba iki 4 savaičių po gimdymo. Šis sutrikimas diagnozuojamas sunkiai, nes yra nevienalytis ir kiekvienai moteriai pasireiškia skirtingai. Ligos paplitimas priklauso nuo įvairių veiksnių, o depresija iki nėštumo yra vienas pagrindinių rizikos veiksnių, dėl kurių išsivysto perinatalinė depresija. Sutrikimas diagnozuojamas pagal *DSM-5* kriterijus, kuomet pasireiškia 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos požymiai, atsiradę ir besitęsiantys ne trumpiau kaip 2 savaites. Negydoma, depresija gali lemti sunkias pasekmes motinai ir vaikui. Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalė yra dažniausiai klinikinėje praktikoje naudojama stebėjimo priemonė. Įtarus depresiją svarbu atlikti psichiatrinį ištyrimą ir paskirti gydymą. Tai ypač aktualu, kai pasireiškia vidutinio sunkumo ar sunkūs simptomai arba kai yra psichozinių ar savižudiškų požymių. Prieš paskiriant gydymą reikia atsižvelgti į kiekvienos pacientės individualią situaciją ir įvertinti saugumo – rizikos santykį. Svarbu derinti medikamentinį gydymą su psichoterapija, esant vidutinei ir sunkiai depresijai. Antros kartos antidepresantai yra pirmo pasirinkimo medikamentai perinatalinei depresijai gydyti. Moterys gali atsisakyti vartoti antidepresantus nėštumo metu ar žindant iš baimės, kad tai gali pakenkti vaisiui ar naujagimiui, todėl svarbu jas informuoti apie alternatyvius gydymo metodus. Psichoterapija yra pirmo pasirinkimo metodas lengvai, kartais ir vidutinio sunkumo depresijai gydyti. Kognityvinė elgesio ir tarpasmeninė terapija taip pat yra efektyvios priemonės, norint užkirsti kelią ir gydyti perinatalinę depresiją. Liga gali sąlygoti motinos elgesį, kuris pakenktų vaisiui prenataliniu lakotarpiu ar naujagimiui po gimdymo. Nėštumo metu negydoma depresija išlieka ir po gimdymo.

Raktiniai žodžiai: perinatalinė depresija, nėštumas, pogimdyvinė depresija, psichikos sutrikimas.

Ivadas

Perinatalinė depresija – tai depresija atsiradusi nėštumo metu arba iki 4 savaičių po gimdymo (1). Tuo metu atsiradę depresiniai sutrikimai yra dažniausi psichikos sveikatos sutrikimai tarp besilaukiančių ir pagimdžiusių moterų. Literatūroje aprašoma, kad viena iš septynių moterų pasaulyje kenčia nuo perinatalinės depresijos. Tai nėra vienalytis sutrikimas ir kiekvienai moteriai gali pasireikšti skirtingai, todėl yra sunkiai diagnozuojamas. Laiku nenustatyta ir negydoma ji gali sukelti ilgalaikes pasekmes motinai ir vaikui (2). Šiame straipsnyje apžvelgiama literatūra, nagrinėjanti svarbiausius perinatalinės depresijos aspektus.

Epidemiologija

Perinatalinė depresija yra dažna vaisingo amžiaus moterų liga, kuria serga 10–15% moterų (3). Kitų autorių duomenimis, nėštumo metu paplitimas gali siekti ir 18,4% (4). Tai priklauso nuo geografijos, populiacijos ir diagnozei nustatyti naudojamų kriterijų (5). Tai rečiausiai diagnozuojama nėštumo komplikacija JAV. Daugiau nei 400 000 kūdikių gimsta motinoms, kurioms kasmet pasireiškia depresija (6). Net iki 70% moterų nėštumo metu pasireiškia depresijos simptomai. Apskaičiuota, kad maždaug 33% moterų pirmasis depresijos epizodas pasireiškė nėštumo metu, o 40% – pogimdyviniu laikotarpiu (7). Depresijos simptomai dažniausiai pasireiškia

antruoju (13%) ir trečiuoju (12%) nėštumo trimestrais, lyginant su pirmuoju trimestru, kai simptomai pasireiškia tik 7% (8). Liga dažnesnė tarp moterų, kurios sirgo depresija prieš pastojant bei turinčių žemą socialinę ir ekonominę padėtį (3). Nustatyta, kad paplitimas besivystančiose šalyse paprastai yra didesnis nei išsivysčiusiose (6,9–11). Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, nuo 1/3 iki 1/5 moterų besivystančiose šalyse ir maždaug 1/10 išsivysčiusiose šalyse turi psichikos sveikatos problemų nėštumo metu ir po gimdymo (3,11).

Rizikos veiksniai

Vienas dažniausių perinatalinės depresijos rizikos veiksnių yra depresija iki nėštumo. Moterims, kurioms buvo diagnozuota depresija prieš pastojant, padidėja perinatalinės depresijos rizika (6,12–14).

Kiti depresijos rizikos veiksniai: nepageidaujamas nėštumas, stresas, priešmenstruacinis disforinis sutrikimas, seksualinė ar fizinė prievarta, jaunas amžius, žemas socialinis ir ekonominis statusas, socialinės ar finansinės paramos stoka. Taip pat psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, artimojo ar partnerio smurtas, pregestacinis diabetas ir nėštumo komplikacijos. Nedirbančios, mažas pajamas gaunančios, santuoka nepatenkintos, stokojančios žinių apie perinatalinę priežiūrą ir

aukštąjį ar aukštesnį išsilavinimą turinčios moterys taip pat yra didesnės rizikos grupėje susirgti perinataline depresija. (5,6,13–15).

Klinika ir diagnostika

Remiantis DSM-5 perinatalinė depresija yra nustatoma nėštumo metu arba iki 4 savaičių po gimdymo. Tačiau kai kurių ekspertų teigimu perinatalinės depresijos laikotarpis tęsiasi iki metų po gimdymo. Diagnozė paprastai grindžiama klinikiniais požymiais ir simptomais, apibrėžtais DSM-5 (2) ir nustatoma, kai yra nemažiau kaip 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos sindromo simptomai, atsiradę ir besitęsiantys ne trumpiau kaip 2 savaites:

Pagrindiniai depresijos simptomai:

1. Prislėgta, pablogėjusi nuotaika;
2. Labai sumažėjęs domėjimasis ir pasitenkinimas anksčiau buvusia malonia veikla;
3. Padidėjęs nuovargis ar energijos trūkumas.

Papildomi depresijos simptomai:

1. Reikšmingas svorio sumažėjimas, kai nesilaikoma dietos, ar svorio priaugimas (kūno svorio pokytis $\geq 5\%$ per mėnesį);

2. Sutrikęs miegas;
3. Psichomotorinis susijaudinimas ar sulėtėjimas (pastebėtas kitų, ne tik subjektyvus);
4. Nepilnavertiškumo jausmas ar perdėtas/nederamas kaltės jausmas (kuris gali būti įsivaizduojamas);
5. Susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys, ar neapsisprendimas (subjektyvus ar kitų pastebėtas);
6. Niūrus ar pesimistinis ateities įsivaizdavimas;
7. Pasikartojančios mintys apie mirtį, savižudiški veiksmai be konkretaus plano, ar konkretus planas, kaip įvykdyti savižudybę (16,17).

Moterys dažnai išreiškia susirūpinimą naujagimių sveikata ir nerimauja dėl nepakankamos kompetencijos auginat vaiką. Depresijos simptomai persipina su fiziniais bei psichiniais pokyčiais, vykstančiais nėštumo metu ar po gimdymo. Kartais nerimas perauga į nevaldomą baimę, paniką. Jei moterys nesikreipia pagalbos, liga nediagnozuojama ir negydoma, depresija gali sunkėti ir lemti sunkias pasekmes, susijusias su motina ir vaiku (18).

Stebėjimas

Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalė (EPDS) yra dažniausiai naudojama klinikinėje praktikoje (7,19). Gauti EPDS rezultatai stebėjimo metu turėtų būti interpretuojami atsižvelgiant į klinikinę situaciją (7). Kitos patvirtintos patikros priemonės yra Beko depresijos testas ir paciento sveikatos klausimynas. Įtarus depresiją turėtų būti atliekamas psichiatrinis įvertinimas ir paskirtas gydymas, ypač kai simptomai yra vidutinio sunkumo ar sunkūs arba kai yra psichozinių ar savižudiškų požymių. Psichozės buvimas, mintys apie savižudybę ar žmogžudystę turėtų būti laikomos ekstremaliomis situacijomis (19).

Nemedikamentinis gydymas

Dažnai moterys atsisako vartoti antidepresantus nėštumo metu ar žindant, nes bijo, kad tai gali pakenkti vaisiui ar naujagimiui. Tad svarbu jas informuoti apie alternatyvius gydymo metodus, kuriuos galima taikyti vienus arba derinti su medikamentiniu gydymu (20). Psichoterapija yra pirmo pasirinkimo metodas lengvai, kartais ir vidutinio sunkumo per nėštumą atsiradusiai ar pogimdyvinei depresijai gydyti (21). Tyrimai rodo, jog efektyvi yra ir kognityvinė elgesio terapija (22), o partnerio dalyvavimas bei šeimos konsultavimas padeda greičiau pamatyti teigiamus gydymo rezultatus (2). Meditacija, mankšta, maisto papildai, akupunktūra, masažai bei aromaterapija taip pat gali būti pasitelkiami gydant lengvą depresiją (23).

Medikamentinis gydymas

Efektyviam vidutinės ir sunkios depresijos gydymui psichoterapiją reikia derinti su medikamentiniu gydymu antidepresantais (21). Šių vaistų saugumas įrodytas ir plačiai aprašomas literatūroje, tačiau yra ir prieštarų nuomonių. Dažniausiai abejojama dėl tinkamo antidepresantų dozavimo, gydymo trukmės bei depresijos simptomų pasireiškimo kontrolės. Taip pat manoma, kad tam tikri modifikuojamieji veiksniai (pvz. rūkymas, narkotinių medžiagų vartojimas, nepakankama mityba), gali prisidėti prie nepageidaujamų šių vaistų poveikių (22). Šiuo metu pirmo pasirinkimo vaistai perinatalinės depresijos gydymui yra antros kartos antidepresantai. Tai selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) (20), kurie yra ganėtinai saugūs nėščiosioms, taip pat po gimdymo ir žindymo laikotarpiu (22). Vartojant pirmosios kartos antidepresantus pasireiškia nemažai nepageidaujamų reiškinių (mieguistumas, galvos svaigimas, vidurių užkietėjimas, prakaitavimas, drebulys, nemiga) (2). O trečiosios kartos antidepresantų (SNRI) saugumas ir efektyvumas nėštumo ir žindymo laikotarpiu nėra įrodytas. Tad šie vaistai dažniausiai neskiriami perinatalinės depresijos gydymui (24). Prieš skiriant gydymą, reikia nepamiršti įvertinti saugumo – rizikos santykį ir atsižvelgti į kiekvienos pacientės individualią situaciją.

Pacientėms, kurios serga sunkia, gydymui atsparia depresija gali būti efektyvi elektrokonvulsinė terapija (2). O toms, kurioms pasireiškė psichozė, turi minčių pakenkti naujagimiui, mąsto apie savižudybę, psichiatro konsultacija dėl gydymo stacionare turėtų būti paskirta tą pačią dieną (24). Antipsichoziniai vaistai gali būti skiriami gydyti moteris, kurioms nėštumo metu ar pogimdyviniu laikotarpiu pasireiškė psichozė, nepaisant jų efektyvumą įrodančių tyrimų stokos (25).

2019 m. kovo 19 d. JAV maisto ir vaistų administracija (angl. *FDA*) patvirtino Zulresso (Breanolone) intrevenines injekcijas suaugusioms moterims. Tai yra pirmasis patvirtintas vaistas, skirtas išskirtinai pogimdyvinės depresijos gydymui. Kadangi Zulresso gali sukelti daug nepageidaujamų reiškinių (mieguistumą, intensyvių raminamąjį poveikį ar staigų sąmonės praradimą), jis buvo patvirtintas pasitelkiant rizikos vertinimo ir švelninimo strategiją (angl. *Risk Evaluation and Mitigation Strategy*). Gydymas galimas tik sertifikuotuose sveikatos priežiūros centruose, kur vykdomas nuolatinis pacienčių stebėjimas (26).

Pasekmės

Perinatalinė depresija gali turėti neigiamą poveikį vaisiui ir naujagimiui. Negydoma ji gali sąlygoti motinos elgesį, kuris gali pakenkti tiek motinai, tiek vaisiui prenataliniu laikotarpiu: netinkama, skurdi mityba, apsilankymų pas gydytoją vengimas, rūkymas, alkoholio ir

narkotinių medžiagų vartojimas, savižudiški veiksmai. Dėl negydomos prenatalinės depresijos gali pasireikšti įvairios komplikacijos: preeklampsija, priešlaikinis gimdymas, persileidimas, vaisiaus augimo sulėtėjimas ir vėlesnis vystymasis. Negydoma nėštumo metu depresija išlieka ir po gimdymo. Naujagimiai gali gimti per mažo svorio ar/ir gestacinio amžiaus, jie būna įvertinti žemesniais balais pagal Apgar skalę, taip pat galimos neonatalinės komplikacijos ir aukšta naujagimių kortizolio koncentracija gimus. Pogimdyvinė depresija gali sutrikdyti motinos – vaiko ryšio formavimąsi bei vaiko vystymąsi. Antenatalinė depresija taip pat siejama su kalbos bei kognityviniais, aktyvumo ir dėmesio sutrikimais bei nekontroliuojamu elgesiu vaikystėje. Taip pat nustatyta, kad buvusi prenatalinė motinos depresija gali lemti miego sutrikimus 18 - 30 mėnesių vaikams (27).

Prevencija

Atrankos priemonės teikia sveikatos priežiūros specialistams svarbią papildomą informaciją, susijusią su perinataline depresija. Svarbi išsami nėščiųjų psichikos sveikatos istorija, kuri padeda numatyti depresiją nėštumo metu ir po jo. Narkotinių medžiagų vartojimo ir fizinio ar seksualinio smurto vertinimas perinatalinės priežiūros metu suteikia sveikatos priežiūros specialistams galimybę imtis priemonių, skatinančių motinos ir kūdikio teigiamus psichinės sveikatos pokyčius (28). Psichikos sveikatos konsultacijos, tokios kaip kognityvinė elgesio ir

tarpsmeninė terapija, yra veiksmingos užkertant kelią ir gydant perinatalinę depresiją (29,30). Terapija yra susijusi su mažesne perinatalinės depresijos pasireiškimo tikimybe (8,29). Moterys, kurioms anksčiau buvo diagnozuota depresija, pasireiškė depresijos simptomai ar būdingi tam tikri socialiniai ir ekonominiai rizikos veiksniai, priklauso padidėjusios rizikos grupei, todėl joms skirtingos asmeninės ar grupinės konsultacijos (29,30). Po gimdymo pradėtos individualios konsultacijos laikomos efektyviausiomis (29).

Literatūros šaltiniai

1. Payne JL. Recent Advances and Controversies in Peripartum Depression. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2016;
2. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician*. 2016;93(10):852–8.
3. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: A systematic review. *Family Practice*. 2017.
4. Malik MFA, Wase HA, Latif A. Perinatal depression: Considerations, challenges, and suggestions. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2019.
5. Chen J, Cross WM, Plummer V, Lam L, Sun M, Qin C, et al. The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2019;28(19–20):3599–609.
6. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression : A clinical update. *Nurse Pract*. 2016;41(5):50–5.
7. ACOG. Screening for Perinatal Depression. *Replace Comm Opin*. 2018;132(757):208–12.
8. Freeman MP. Perinatal Depression: Recommendations for Prevention and the Challenges of Implementation. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;321(6):550–2.
9. Gajaria A, Ravindran A V. Interventions for perinatal depression in low and middle-income countries: A systematic review. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2018;37(May):112–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.08.014>
10. Nillni YI, Gutner CA. Treatment for perinatal depression: movement towards scalability. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019;6(2):83–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30002-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30002-1)
11. El-Den S, O'Reilly CL, Chen TF. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;188:284–303. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.015>
12. Galea LAM, Frokjaer VG. Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes. *Neuron*

- [Internet]. 2019;102(1):13–6. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.02.023>
13. Goodman JH. Perinatal depression and infant mental health. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2019;33(3):217–24. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.010>
 14. Kleine I. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2019;100(6).
 15. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in pregnancy. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2019;48(1):58–65. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.07.002>
 16. Lietuvos Sveikatos Apsaugos Ministras. Įsakymas Nr. V-841. DĖL DEPRESIJOS IR NUOTAIKOS (AFEKTINIŲ) SUTRIKIMŲ AMBULATORINIO GYDYMO KOMPENSUOJAMAJIS VAISTAIS TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO. 2012;
 17. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Journal of Psychiatry. 2013.
 18. Muzik M, Marcus SM, Flynn H, Rosenblum KL. Depression during pregnancy: Detection, comorbidity and treatment. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2010;2(1):7–18.
 19. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(3):1–9.
 20. Dupuy JM, Ostacher MJ, Huffman J, Perlis RH, Nierenberg AA. A critical review of pharmacotherapy for major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011;14(10):1417–31.
 21. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):961–77.
 22. Scope A, Leaviss J, Kaltenthaler E, Parry G, Sutcliffe P, Bradburn M. Is group cognitive behaviour therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013;13.
 23. Sie SD, Wennink JMB, Van Driel JJ, Te Winkel AGW, Boer K, Casteelen G, et al. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: Practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97(6):472–7.
 24. Latendresse G, Elmore C, Deneris A. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors as

- First-Line Antidepressant Therapy for Perinatal Depression. *J Midwifery Women's Heal.* 2017;62(3):317–28.
25. Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, Merlob P. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatric endocrinology reviews: PER.* 2013.
26. Canady VA. FDA approves first drug for postpartum depression treatment. *Ment Heal Wkly.* 2019;29(12):6–6.
27. Pearlstein T. Perinatal depression: Treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(4):302–18.
28. Recto P, Champion JD. Psychosocial Risk Factors for Perinatal Depression among Female Adolescents: A Systematic Review. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2017;38(8):633–42. Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330908>
29. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;177(2015):7–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>
30. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2019;321(6):580–7.