


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

Clinical case: woman with postnatal depression after a preterm birth with a history of depression

Dominyka Martinėlytė¹, Agnė Skvarnavičiūtė¹, Aida Kunigėlienė²

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

²*Lithuanian University of Health Sciences, Republican Kaunas hospital, Psychiatric clinic*

Abstract

A description of a clinical case of postnatal depression, experienced by a woman previously diagnosed with depression. The patient had depression 10 years ago and remarks that that period of her life had been difficult due to family issues. At that time the patient had been taking one type of medication for about a year. The patient completed the questionnaire while hospitalized in a postnatal ward due to a preterm birth. It was the patient's fifth pregnancy, fourth delivery, the pregnancy was not planned. The newborn was born after 36 weeks and 1 day in a natural birth, perinatal asphyxia was diagnosed. The mother feels symptoms of postnatal depression. This clinical case reveals the importance of medical staff having awareness regarding postnatal depression risk factors, their evaluation and correct courses of action. Healthcare specialists that provide perinatal care to women, such as obstetricians, gynecologists and nurses, should cooperate with psychiatrists in order to provide appropriate care to women experiencing difficulties to improve the healthcare outcomes of the women and newborns. Keeping in mind the importance of early care to a child's development and the formation of a bond between a mother and her baby, it is essential to attend to a woman's wellbeing not just during pregnancy, but after childbirth as well.

Keywords: preterm birth, depression, postpartum depression, perinatal asphyxia, Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Klinikinis atvejis: pogimdyvinė depresija moteriai, anamnezėje sirgusiai depresija, pagimdžius neišnešiotą naujagimį

Dominyka Martinėlytė¹, Agnė Skvarnavičiūtė¹, Aida Kunigėlienė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė, psichiatrijos klinika

Santrauka

Aprašomas pogimdyvinės depresijos klinikinis atvejis moteriai, praicityje sirgusiai depresija. Pacientė prieš 10 metų sirgo depresija, atžymi, kad tuo metu buvęs sunkus laikotarpis dėl problemų šeimoje. Pacientė tuomet vartojo 1 vaistą apie metus laiko. Apklausos metu pacientė stacionarizuota naujagimių ligų skyriuje dėl gimusio neišnešiotą naujagimio. Nėštumas nebuvo planuotas, penktas, gimdymas ketvirtas. Naujagimis gimė natūraliais takais, 36 sav. + 1 d., diagnozuota intranatalinė asfiksija. Dabar pacientė jaučia pogimdyvinės depresijos simptomus. Šis klinikinis atvejis išryškina medicinos personalo žinių svarbą apie rizikos faktorius susirgti pogimdyvine depresija, jų vertinimą ir veiksmų parinkimą. Sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys perinatalinę priežiūrą moterims, pavyzdžiui, akušeriai, slaugytojos, gydytojai akušeriai - ginekologai, bendradarbiaudami su gydytojais psichiatrais, turi teikti tinkamą pagalbą moterims, išgyvenančioms sunkumus, kad pagerintų moterų ir kūdikių gydymo išėtis. Atsižvelgiant į ankstyvojo auklėjimo svarbą vaiko raidai, motinos ir kūdikio ryšio formavimuisi, būtina daugiau dėmesio skirti motinos sveikatai ne tik nėštumo metu, bet ir po gimdymo.

Raktažodžiai: neišnešiotumas, depresija, pogimdyvinė depresija, intranatalinė asfiksija, Edinburgo postnatalinės depresijos skalė.

Ivadas

Pogimdyvinė depresija plačiai apibrėžiama kaip sunkios depresijos epizodas, pasireiškiantis perinataliniu laikotarpiu. Po gimdymo pogimdyvine depresija susergera maždaug 10–15% išsivysčiusių šalių moterų [1,2,3]

Šioje klinikinio atvejo apžvalgoje aptarsime pacientės, kuri pagimdė neišnešiotą naujagimį ir praicyje buvo sirgusi depresija, pogimdyminės depresijos klinikinę išraišką.

Klinikinis atvejis

35 – 40 m. amžiaus grupės moteris, anamnezėje sirgusi depresija, pagimdžiusi neišnešiotą naujagimį, jaučianti pogimdyvinės depresijos simptomus.

Gyvenimo anamnezė

Pacientė augo pilnoje trijų žmonių šeimoje. Pasak pacientės, visi šeimos nariai tarpusavyje sutardavo. Vaikystės traumas, didesnius konfliktus šeimoje pacientė neigia. Jos ankstyvoji psichomotorinė raida prasidėjo laiku, nesutrikusi. Gretutinėmis ligomis nesirgusi. Turėjusi 1 nesivystantį nėštumą. Pacientė ištekėjusi, turinti aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Dabartinis nėštumas nebuvo planuotas.

Objektyvūs duomenys

Psichikos būseną – pacientė sąmoninga, orientuojasi vietoje, savyje ir laiko atžvilgiu. Bendrauja noriai, į klausimus atsako prasmingai, akių kontaktą palaiko. Pokalbio metu pacientė išlieka rami. Nuotaika disforiška. Emocijos adekvačios. Dėmesio koncentracija šiek tiek susilpnėjusi, greitai išsiblaško. Mąstymo sutrikimų nėra. Savo būklei kritiška.

Ligos anamnezė, eiga ir taikytas gydymas

Pacientė prieš 10 metų kreipėsi pagalbos į gydytoją psichiatrą dėl sunkumų šeimoje, atsiradusios prastos nuotaikos, nenoro gyventi, motyvacijos stokos. Tuo metu buvo diagnozuota depresija, pacientė vartojo sertralinaž metus laiko, tačiau pavadinimo neprisimena, medicininės dokumentacijos neturi. Taip pat tais metais lankė kognityvinės elgesio terapijos (KET) kursą. Pacientės teigimu, savijauta gerėjo, todėl maždaug po metų laiko vaistų vartojimą nutraukė, tačiau psichoterapijos kursuose lankėsi dar metus laiko. Paskutinius trejus metus pacientė lankosi pas psichologą, kaip pati teigia, asmeninio tobulėjimo tikslais.

Apklaustos metu pacientė stacionarizuota naujagimių ligų skyriuje dėl gimusio neišnešiotą naujagimio. Nėštumas nebuvo planuotas, nėštumas penktas, gimdymas ketvirtas. Anamnezėje buvę gimdymai be komplikacijų, naujagimiai gimę išnešioti, natūraliais gimdymo takais. Vienas nėštumas anamnezėje buvęs nesivystantis, todėl 14

sav. nutrauktas. Tuo metu pacientė ryškesnių būklės pokyčių neprisimena.

Dabartinis nėštumas praėjo sklandžiai, neišnešiotas naujagimis gimęs taip pat natūraliais takais, prasidėjus savaiminei gimdymo veiklai, 36 sav. + 1 d., diagnozuota intranatalinė asfiksija. Naujagimio Apgar balas pirmąją minutę – 6, penktąją minutę – 8. Naujagimis gimė sverdamas 2785 g. Tyrimo metu pacientė jautė pogimdyvinės depresijos simptomus. Pacientei taikytas diagnostikos metodas - Edinburgo postnatalinės depresijos skalė (minimali balų suma 0, maksimali balų suma 30, kliniškai reikšmingas depresiškumas lygis ≥ 10). Pacientė surinko 12 balų.

Diskusija

Šiuo metu yra atliekama labai daug tyrimų, ieškant perspektyvių metodų, kurie padėtų nustatyti moteris, kurioms gresia pogimdyvinė depresija, kad būtų galima kuo greičiau vykdyti prevenciją ir ankstyvą gydymą [2,6,7].

Deja, šiuo metu nėra nustatytas vienas pogimdyvinę depresiją sukeliantis veiksnys, nėra jokio biožymens, kurį ištyrus būtų žinoma pogimdyvinės depresijos rizika. Yra skiriami du faktoriai: biologinis (lytiniai ir streso hormonai, skydliaukės hormonai) ir psichologinis, kurie vaidina svarbų vaidmenį pogimdyvinės depresijos išsivystyme [8,9,10].

Zhao X-H ir kt. atliktame tyrime nustatyti pogimdyvinės depresijos rizikos veiksniai: patirtas smurtas ir prievarta, gestacinis diabetas, daugiavaisis nėštumas, gimdymas cezario pjūvio būdu, depresijos anamnezė, neišnešioti ir mažo svorio naujagimiai prastas miegas po gimdymo,

socialinės paramos trūkumas, neigiama gimdymo patirtis, nutukimas ir antsvoris, vit. D trūkumas, anemija po gimdymo [5].

Vienu iš didžiausių rizikos veiksnių susirgti pogimdyvine depresija yra laikoma antenatalinė ir (arba) buvusi depresija prieš nėštumą [11,12,13]

Biologiniams predispoziciniams veiksniams neprieštarautų hormonų pokyčių analizė nėštumo metu ir po gimdymo. Kitas galimas predispozicinis veiksnys - progesterono ir estradiolio kiekių sumažėjimas, kuris atsiranda iš karto pasišalinus placentai. Manoma, kad staigus estradiolio sumažėjimas turi tiesioginį ryšį su pogimdyminės depresijos vystymu [11,14–16]. Tyrimų duomenimis, įtaką pogimdyvinei depresijai daro ir genetiniai faktoriai [17–19]. Vis tik šie tyrimai turi būti vertinami atsargiai dėl populiacijos heterogeniškumo, norint įvertinti galimą genomo įtaką depresijos vystymuisi, tyrimų imtis turėtų būti bent penkis kartus didesnė, nei tiriant genomo įtaką sirgti šizofrenija [20].

Mūsų nagrinėjamu atveju moteris buvo sirgusi depresija anamnezėje, pagimdė neišnešiotą naujagimį, o tai jau yra keli rizikos faktoriai.

Apibendrinimas

Šis klinikinis atvejis išryškina medicinos personalo žinių svarbą apie rizikos faktorius susirgti pogimdyvine depresija, jų vertinimą ir tolimesnių veiksnių parinkimą. Sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys perinatalinę priežiūrą moterims, pavyzdžiui, akušeriai, slaugytojos, gydytojai akušeriai - ginekologai, bendradarbiaudami su gydytojais psichiatrais turi

teikti tinkamą pagalbą moterims, išgyvenančioms sunkumus, kad pagerintų moterų ir kūdikių gydymo išeitį. Apibendrinant svarbu pripažinti, kad postnatalinio periodo metu padidėja depresijos išsivystymo rizika. Šiuo laikotarpiu vyksta daug pokyčių: hormoniniai, formuojasi motinos ir vaiko ryšys, motinos žindo naujagimius ir kūdikius. Šie pokyčiai yra itin svarbūs moteriai bei jos kūdikiui ir gali lemti skirtingą pogimdyvinės depresijos gydymą lyginant su sunkiu depresijos epizodu. Atsižvelgiant į ankstyvojo auklėjimo svarbą vaiko raidai, motinos ir kūdikio ryšio formavimuisi, būtina daugiau dėmesio skirti motinos sveikatai ne tik nėštumo metu, bet ir po gimdymo.

Išvados

1. Postnatalinio periodo metu padidėja depresijos išsivystymo rizika.
2. Atsižvelgiant į ankstyvojo auklėjimo svarbą vaiko raidai, motinos ir kūdikio ryšio formavimuisi, būtina daugiau dėmesio skirti motinos sveikatai ne tik nėštumo metu, bet ir po gimdymo.
3. Sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys perinatalinę priežiūrą moterims, pavyzdžiui, akušeriai, slaugytojos, gydytojai akušeriai - ginekologai, bendradarbiaudami su gydytojais psichiatrais turi teikti tinkamą pagalbą moterims, išgyvenančioms sunkumus, kad pagerintų moterų ir kūdikių gydymo išeitį.

Literatūra

1. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am. United States*; 2020;47:409–19.
2. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum

depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav* [Internet]. Academic Press Inc.; 2016 [cited 2021 Mar 31];77:153–66. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih-](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/26319224/)

[gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/26319224/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/26319224/)

3. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression [Internet]. *Am. J. Obstet. Gynecol. Am J Obstet Gynecol*; 2009 [cited 2021 Mar 31]. p. 357–64. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih-](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/19318144/)

[gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/19318144/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/19318144/)

4. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence [Internet]. *Clin. Obstet. Gynecol. Lippincott Williams and Wilkins*; 2018 [cited 2020 Nov 27]. p. 591–603. Available from: </pmc/articles/PMC6059965/?report=abstract>

5. Zhao X-H, Zhang Z-H. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr. Netherlands*; 2020;53:102353.

6. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes [Internet]. *Women's Heal. SAGE Publications Ltd*; 2019 [cited 2021 Mar 31]. Available from: </pmc/articles/PMC6492376/>

7. Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: Quando e como? [Internet]. *Trends Psychiatry Psychother. Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*; 2017 [cited 2021 Mar 31]. p. 54–61. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih-](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/28403324/)

8. Šebela A, Hanka J, Mohr P. Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. *Ces Gynekol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 27];468–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih->

gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/30848154/

9. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: Path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2017 [cited 2021 Mar 31];17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/28464884/>

10. Alzahrani AD. Risk Factors for Postnatal Depression among Primipara Mothers. *Span J Psychol* [Internet]. Cambridge University Press; 2019 [cited 2021 Mar 31];22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/31298175/>

11. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav. Academic Press Inc.*; 2016;77:153–66.

12. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry* [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2018 [cited 2021 Mar 31];18. Available from: [/pmc/articles/PMC5819705/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/30848154/)

13. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression Identification and Treatment in the Clinic Setting. [cited 2021 Mar 31]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>

14. Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesch T, Ulm B, et al. The role of estrogen and progesterone in depression after birth. *J Psychiatr Res* [Internet]. *J Psychiatr Res*; 2007 [cited 2021 Mar 31];41:273–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/17049560/>

15. Badr HA, Zauszniewski JA. Kangaroo care and

postpartum depression: The role of oxytocin [Internet]. *Int. J. Nurs. Sci. Chinese Nursing Association*; 2017 [cited 2021 Mar 31]. p. 179–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/31406740/>

16. Mörelius E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Hum Dev* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2015 [cited 2021 Mar 31];91:63–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/25545453/>

17. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence [Internet]. *Clin. Obstet. Gynecol. Lippincott Williams and Wilkins*; 2018 [cited 2021 Mar 31]. p. 591–603. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/29596076/>

18. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura AC. Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review [Internet]. *J. Affect. Disord. Elsevier B.V.*; 2016 [cited 2021 Mar 31]. p. 391–404. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/26802316/>

19. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med* [Internet]. Annual Reviews Inc.; 2019 [cited 2021 Mar 31];70:183–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/30691372/>

20. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front. Neuroendocrinol. Academic Press Inc.*; 2019. p. 165–80.