

DOI:10.2478/cpp-2018-0020

Affective disorders in pregnancy and the postpartum period - from statistics to treatment. A synchronic approach.

Zaburzenia afektywne w ciąży i połogu – od statystyki po leczenie.
Ujęcie współczesne.

Karolina Dańko¹ABDEF, Piotr Dańko¹BDE,
Ewelina Soroka²ABDEF, <https://orcid.org/0000-0001-6909-2749> Véronique Petit³BE,
Marcin Olajossy²DE, <https://orcid.org/0000-0002-1001-3185>

¹ Students' Research Group at the II Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation Medical
University of Lublin

² II Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation, Medical University of Lublin

³Chair and Department of Neurology, Independent Public Teaching Hospital No 4 in Lublin

Abstract

The progress of medicine in the recent decades has strongly improved perinatal care, especially its somatic-related aspects. Pregnancy and childbirth have become much safer, but the mental strain and stress have remained the same. The models of motherhood and the number of children in a family have changed, giving rise to significant requirements concerning the quality of life of the offspring. These changes have brought about new psychological challenge for women and a team of psychiatrists and gynaecologists – obstetricians. The aim of this study is to look at the affective disorders affecting women during pregnancy and postpartum: the postpartum depression and so-called baby blues, which were both compiled in the form of a table in the final part of this work to illustrate the differences between these two mental disorders.

Keywords: affective disorders, perinatal depression, pregnancy

Streszczenie

Postęp medycyny jaki dokonał się w ostatnich dziesięcioleciach objął somatyczną stronę opieki okołoporodowej. Ciąża i poród stały się o wiele bardziej bezpieczne, ale obciążenie psychiczne i stres rodzących nie zmniejszyły się. Zmienił się model macierzyństwa, dietności, pojawiły się znaczne wymagania dotyczące jakości życia potomstwa. To zaś niesie nowe wyzwanie psychologiczne samym kobietom a także zajmującym się nimi zespołem psychiatrów i ginekologów - położników. Celem niniejszej pracy jest przegląd zaburzeń afektywnych, które występują u kobiet w okresie ciąży i połogu tj. depresji okołoporodowej i tzw. baby blues, które w końcowej części tejże pracy zostały zestawione w postaci tabeli celem zobrazowania różnic między tymi dwoma zaburzeniami psychicznymi.

Słowa kluczowe: zaburzenia afektywne, depresja okołoporodowa, ciąża

According to DSM-5, postpartum depression (PPD) is a mood disorder characterized by the occurrence of a depressive episode during gestation or within four weeks after delivery, although some experts believe symptoms can persist for up to a year [1]. ICD-10, by contrast, defines PPD as a disorder which occurs within 6 weeks after delivery, but not during pregnancy [2]. About 8% of them suffers from depression, mild or moderate in severity, and about 7% – from severe depression

PPD affects one in seven women [1]. About 8% of

the patients suffers from mild or moderate depression in severity; approximately 7% has more severe depression [3]. Studies conducted in India have shown that PPD affects 11% of Indian women in the perinatal period [4], a proportion that is comparable to Western countries. The prevalence of this disorder is much higher among teenage mothers (26%) [5]. Many women who suffer from PPD already experienced a depressive phase during pregnancy [3]. It has been shown that the symptoms of depression are more likely to manifest in the first and third trimesters of pregnancy than in the

second one [6]. Then, they appear in one third of women in the first four weeks postpartum, and in two thirds of women between 10 and 14 weeks postpartum [7].

The etiology of PPD is unclear. Different theories propose that the disease is caused by neurotransmitter disorders, reduced estrogen levels, dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, thyroid dysfunction, and genetic predisposition [1]. A meta-analysis carried out in 2010 showed that the greatest risk factor for PPD was a history of depression. It was found that a history of depression increases the risk for PPD by 25%, and past history of PPD increased the risk for recurrence by as much as 50% [5]. Other important risk factors, that are often considered by researchers are: the fear of childbirth, smoking, adolescent pregnancy, single motherhood, low social-and-economic status, age over 40 years, domestic violence, maternal anxiety disorders, unwanted pregnancy, and gestational diabetes [1]. There is data suggesting that childhood experiences of sexual abuse are a predisposing factor for depression during pregnancy. The physical and emotional changes in pregnancy evoke feelings from the period of abuse. It is possible that childbirth through the vagina triggers memories of acts of abuse. This, in turn, may lead to a secondary tokophobia [7].

The researchers agree that such stressful situations stimulate the body to respond with the release of cortisol. When cortisol works for a short time, it has a mobilizing effect, but in the long term, excessive levels, it may increase susceptibility to depression, especially melancholic depression [8]. During pregnancy, the woman is exposed to a stronger effect of cortisol, because the placenta, among its other functions, is also an endocrine organ which produces corticotropin-releasing hormone (CRH). However, maternal cortisol, instead of suppressing the secretion of CRH by the placenta, stimulates it. As a result, the concentration of cortisol in the mother's blood increases to reach a level that is 60 to 700 times higher than before pregnancy [9].

Depression in pregnancy is a difficult diagnostic problem due to an overlap of somatic symptoms of physiological pregnancy with somatic symptoms of depression [6]. The most popular tool for diagnosing PPD is the Edinburgh Postnatal Depression Scale. It has a sensitivity of 75%–100% and a specificity of 76–97%. To compare, the Patient Health Questionnaire-9 has a sensitivity of 75% and a specificity of 95%, while the Postpartum Depression Screening Scale has a sensitivity of 91–94% and a specificity of 72–98%. The last two tests can also be used to assess the severity of a depressive episode [1].

The symptoms of PPD are similar to the symptoms of depression occurring in other periods of life. The disorder is characterized by depressed mood, psychomotor retardation, anhedonia, disturbances of sleep, appetite and concentration, and thoughts of death. What differentiates

PPD from other types of depression are sense of loneliness and helplessness, feelings of not being able and competent enough to take care for the child, fear of harming the child, as well as the conviction that one's child is more difficult to take care of than other children [3]. Important symptoms of severe postpartum depression include delusions, among others delusions of jealousy, betrayal, and infidelity. In rare cases, in depression there can also occur catatonia, which leads to complete dysfunction. Visual and auditory hallucinations can also occur.

PPD exerts negative effects on both the mother and the child. Negative outcomes in the offspring of PPD patients include difficulties with creating bonds, restricted fetal growth, elevated child's reactivity to stress [9], delayed emotional and motor development, especially in the first year of life. Treatment significantly improves the functioning of infants [1]. An episode of major depression in early pregnancy may cause minor changes in the development of motor function in girls, and in boys, it may severely interfere with psychological and motor development [7]. It is also worth noting that vulnerability to mental disorders in later life is significantly greater in children of women who have suffered from depression in the perinatal period. The incidence of depression in these children is 41.5%, compared to 12.5% in children of healthy mothers [10].

In mothers with PPD, the emotions they experience cause so much shame that they are unable to talk about them with others [3]. As a result, depression exacerbates; the woman is unable to establish an appropriate relationship with her child, becomes anxious and starts to have obsessive thoughts [5]. It is also worth noting that depression negatively affects family relations, causing marital conflicts [9].

Mothers with severe depression, even if they do not engage in self-injury, think a lot about the meaninglessness of life and engage in suicidal ideation. It is assumed that in most cases they do not decide to take their own lives because of the child's utmost dependence and concern for its future. However, in the teenager population, suicide rates are slightly higher than in women in older age groups [7].

There are many reasons why women's mental problems before childbirth are neglected. A first reason is the common misconception that during pregnancy women are protected by hormones. What is more, women are reluctant to share their feelings of sadness or irritability with their family or friends because of the stigma associated with depression and the discrepancy between women's expectations and their experiences. In addition, there is a tendency among health providers to concentrate on the pregnant woman's physical condition more than her mental state and to attribute symptoms of emotional distress to physical and hormonal changes that occur in her body [11].

The U.S. Preventive Services Task Force recommends

that pregnant women and postpartum women should be screened for depression [1]. When PPD is suspected, a step-by-step approach should be used. A detailed history should be taken to determine whether the woman had past episodes of bipolar disorder (BD), mania, or hypomania. If such episodes were present, the patients should be assessed with the Mood Disorder Questionnaire to diagnose bipolar disorder. Psychiatric evaluation is recommended if the result is positive. Then, the patient should be asked about the presence of productive and cognitive symptoms or behavioral changes (including chaotic or forced speech). These symptoms suggest postpartum psychosis, which is an emergency and requires immediate psychiatric intervention. Finally, the patient should be interviewed for suicidal ideation, both active and passive, as well as thoughts about extended suicide. Occurrence of these symptoms, just as in the case of psychosis, requires immediate psychiatric evaluation [11]. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommends that clinicians screen depression at least once during pregnancy using a standardized tool [1]. Prevention measures for depression should be taken already in the preconception period. The first step for women with a diagnosis of unipolar affective disorder is to achieve stability in mood and review the current treatment plan. While for some women discontinuation of pharmacological treatment is a reasonable option, for others, it can be a very unsafe and risky choice. Before any decisions are taken, it is necessary to carefully and thoughtfully analyze the frequency and severity of previous episodes, prior response to treatment, previous cooperation, and risk of exposure to medications during pregnancy. Obstetricians, psychiatrists and psychologists should work together to support the mother, so that the approach they choose brings the best outcomes for both the mother and the child [12].

To prevent the occurrence of PPD among primiparae, teenage mothers, and mothers who have undergone a traumatic childbirth, home visits, telephone support, and psychotherapy are recommended. The best outcomes are achieved among women after a traumatic childbirth [13].

It should also be remembered that women with a history of mood disorders may be particularly sensitive to sleep deprivation. This means that problems with sleeping after childbirth can be both a sign of impending depression as well as its cause. Reports of disturbed and poor sleep in the third trimester of pregnancy correlate with symptoms of depression in the postpartum period. That is why women with PPD must carefully monitor their mood and try to get the right amount of sleep. This requires substantial support and cooperation from the child's father or other family members [12].

In the treatment of perinatal depression, a choice can be made between psychotherapy or pharmacotherapy; moderate and severe depression should be treated with

both psychotherapeutic and pharmacological methods. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the drugs of choice in PPD, especially if the patient has responded well to them before. The SSRIs citalopram, escitalopram, and sertraline appear to be the safest treatment options during pregnancy, whereas fluoxetine, paroxetine and sertraline are preferred in the period of breastfeeding, because they are found in the lowest concentrations in infant serum [1]. As far as psychotherapy is concerned, most evidence suggests that cognitive-behavioral therapy (CBT) is the most effective method, especially when the woman's partner co-participates in therapeutic sessions [14].

Choosing the right dose of the drug is a difficult clinical problem. After childbirth, women can be more sensitive to medications, due to the effects that hormones exert on liver enzymes and the increased level of drug-binding proteins. For these reasons, it is recommended to start treatment with half a dose and build up gradually to a full dose. By contrast, pregnant women often need higher doses of medicines because of the increased volume of circulating blood [1]. It should be remembered that many pregnant women receive insufficient doses of medications, which means that the depression symptoms, along with their adverse effects, will persist in the postpartum period, leading to double exposure of both the mother and the child [15].

Response to treatment should be evaluated after 4-6 weeks. If there is no improvement, the dose should be increased. In the case of treatment-resistant depression, the following treatment options are available: replacing medication with another drug within the same class, adding a second medication from another class, adding an adjunctive drug (e.g. an antipsychotic), or starting electroconvulsive therapy. Treatment should be continued for at least six months, even if remission has been achieved [1]. Untreated, PPD should resolve within 4-6 months, however, in some women the symptoms may persist for up to about a year or even develop into chronic depression [3].

Because there are still controversies and concerns about the use of antidepressants during pregnancy, more research on alternative therapies, such as estrogen administration, phototherapy, and transcranial magnetic stimulation (rTMS) is needed [12].

Baby blues is short-term mild mood depression. It is a very common disorder that affects many women to a varying extent. It is estimated to occur in 50-75% postpartum women, and in western countries in up to 85% of mothers. It is believed that postpartum blues is caused by hormonal changes combined with perinatal stress, especially in cases where the woman receives little support from her family [5].

Baby blues is a phase of emotional lability, characterized by crying episodes, irritability, anxiety, confusion, and sleep

disorders. Women who have such symptoms but do not meet the criteria for perinatal depression may be suffering from baby blues. Symptoms usually arise within the first few days after delivery, reaching a peak at 3-5 days to disappear

spontaneously within 10 days. They do not cause difficulties in the social functioning of the women. There is no evidence that baby blues may increase the risk for peripartum depression [5].

Table 1. [1]
Differences between baby blues and peripartum depression

Feature	Baby blues	Peripartum depression
Duration	Less than 10 days	More than 2 weeks
Onset	2-3 days postpartum	Often during the first month, but may occur up to a year after delivery
Incidence	80%	5% to 7%
Severity	Mild dysfunction	Moderate to severe dysfunction
Suicidal ideation	Absent	May be present

Baby blues is a self-limiting condition. The most important factor in resolving the symptoms is support from the patient's family members, from whom care and patience are required [7].

Summary

The above narrative review shows, that perinatal depression is a quite frequent but unfortunately still neglected disorder which, if left untreated, may have

catastrophic consequences. Properly collected medical history and the use of diagnostic questionnaires can protect many women against relapse or its severe course by the possibility of early implementation of appropriate drug therapy and the adequate psychotherapy. The support from the family is also invaluable. It is important to help the patient care for the child, what can give the young mother a few moments of respite, as well as to bring psychological relief by showing understanding and building a sense of security.

Według DSM-5, depresja okołoporodowa (postpartum depression, PPD) jest to zaburzenie nastroju, charakteryzujące się wystąpieniem epizodu depresyjnego w czasie ciąży lub w ciągu czterech tygodni po porodzie, chociaż niektórzy eksperci wydłużają ten czas nawet do roku [1]. Z kolei według ICD-10 jest to zaburzenie pojawiające się w ciągu 6 tygodni po porodzie, ale nie w czasie ciąży [2].

Depresja okołoporodowa dotyka jedną na siedem kobiet [1]. Około 8% z nich cierpi na depresję o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym, około 7% na ciężką [3]. Badania prowadzone w Indiach wykazały, że u zamieszkałych tam kobiet depresja okołoporodowa występuje w 11% przypadków [4], co jest porównywalne do krajów zachodnich. O wiele więcej, bo aż 26% nastoletnich matek jest dotkniętych depresją okołoporodową [5]. Wiele kobiet, które cierpią na PPD, doświadczyło stanów depresyjnych w czasie ciąży [3]. Wykazano, że objawy depresji częściej manifestują się w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży niż w drugim [6]. Następnie pojawiają się one u 1/3 kobiet w ciągu pierwszych 4 tygodni, a u 2/3 pomiędzy 10 a 14 tygodniem po porodzie [7].

Badacze od lat próbują poznać etiologię depresji okołoporodowej, jednak wciąż pozostaje ona niejasna.

Niektóre z teorii mówią o zaburzeniach neurotransmiterów, obniżonym poziomie estrogenu, dysfunkcji szlaku podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego, zaburzeniach funkcji tarczycy i predyspozycjach genetycznych [1]. Przeprowadzona w 2010 roku metaanaliza wykazała, że największym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji okołoporodowej jest przebyta depresja. Stwierdzono, że przebyta depresja zwiększa ryzyko wystąpienia PPD o 25%, a przebyta PPD aż o 50% [5]. Często przywoływanymi przez badaczy czynnikami są: strach przed urodzeniem dziecka, palenie papierosów, ciąża w wieku nastoletnim, samotne macierzyństwo, niski status socjoekonomiczny, wiek powyżej 40 lat, przemoc domowa, zaburzenia lękowe matki, niechciana ciąża i cukrzyca ciążowa [1]. Istnieją dane wskazujące, że do depresji w okresie ciąży predysponuje wykorzystywanie seksualne kobiety w dzieciństwie. Przypuszcza się, że zmiany fizyczne i emocjonalne w ciąży przywołują odczucia z okresu wykorzystywania. Niewykluczone, że poród przez pochwę sprawia, że akty molestowania odżywiają we wspomnieniach kobiety. To z kolei może powodować wtórną fobię porodu [7].

Badacze są zgodni, że wszelkie stresujące sytuacje stymulują odpowiedź organizmu, jaką jest wyrzut kortyzolu. Gdy działa krótkotrwale, ma charakter mobilizujący,

niestety w przypadku działania długotrwałego może zwiększać podatność na depresję, zwłaszcza melancholiczną [8]. W czasie ciąży kobieta jest narażona na silniejsze działanie kortyzolu, ponieważ łożysko jest także narządem endokrynnym, który produkuje kortykoliberynę (CRH). Jednakże matczyny kortyzol, zamiast powodować supresję wydzielania CRH przez łożysko, stymuluje je. W wyniku tego stężenie kortyzolu we krwi matki wzrasta i osiąga poziom od 60 do 700 razy większy niż w okresie sprzed ciąży [9].

Depresja w ciąży jest trudnym problemem diagnostycznym z powodu nakładania się objawów somatycznych fizjologicznej ciąży z somatycznymi objawami depresji [6]. Najbardziej uznanym narzędziem służącym do diagnostyki depresji okołoporodowej jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej. Jej czułość wynosi 75%-100%, a swoistość 76-97%. Dla porównania, Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta - 9 cechuje czułość 75%, a swoistość 95%, natomiast Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej ma czułość 91-94%, a swoistość 72-98%. Dwa ostatnie testy mogą służyć również do oceny ciężkości epizodu [1].

Objawy depresji okołoporodowej są podobne do objawów depresji występującej w innych okresach życia. Zauważa się obniżony nastrój oraz napęd, anhedonię, zaburzenia snu, apetytu, koncentracji, myślenie o śmierci. To, co różni depresję okołoporodową od innych rodzajów depresji to uczucie osamotnienia, bezsilności, niezdolności i niekompetencji do opieki nad dzieckiem, lęk przed zrobieniem dziecku krzywdy, a także przekonanie, że dziecko sprawia większe trudności w opiece niż inne dzieci [3]. Do ważnych objawów ciężkiej depresji okołoporodowej należą urojenia m.in. zazdrości, zdrady, niewierności. W rzadkich przypadkach w przebiegu depresji występuje katatonia, co doprowadza do całkowitego zaburzenia funkcjonowania. Mogą wystąpić też omamy wzrokowe i słuchowe.

Niestety, depresja okołoporodowa wywołuje negatywne skutki także dla dziecka chorej matki. U dzieci obserwuje się głównie trudności z tworzeniem więzi, ograniczony wzrost płodu, wzrost reaktywności dziecka na stres [9], opóźnienie rozwoju emocjonalnego i motorycznego, szczególnie w pierwszym roku życia, jednak leczenie znacząco poprawia ich funkcjonowanie [1]. Epizod dużej depresji we wczesnym okresie ciąży może wywoływać niewielkie zmiany w rozwoju funkcji ruchowych, oraz poważnie zakłócać rozwój psychiczny i motoryczny [7]. Warto także zauważyć, że wrażliwość na zaburzenia psychiczne w późniejszym życiu znacząco wzrasta u dzieci kobiet, które cierpiały na depresję w okresie okołoporodowym. Odsetek zachorowań u takich dzieci wynosi 41,5%, a u dzieci zdrowych matek 12,5% [10].

U matki z kolei, emocje, których doświadcza wywołują duży wstyd, kobieta nie jest w stanie rozmawiać z bliskimi o swoich uczuciach [3]. Jest to jeden z powodów pogłębiania

się depresji, braku możliwości nawiązania odpowiednich relacji między matką a dzieckiem, a także pojawieniem się obsesyjnych myśli i zaburzeń lękowych [5].

Warto też zwrócić uwagę na to, że depresja negatywnie wpływa na stosunki w rodzinie, powodując konflikty małżeńskie [9]. Matki w ciężkiej depresji, jeśli nawet nie dokonują samouszkodzeń, to wiele rozmyślają o bezsensie życia i popełnieniu samobójstwa. Przypuszcza się, że w większości przypadków nie decydują się na zamach ze względu na zupełną niesamodzielność dzieci i troskę o ich przyszłość. Tylko wśród nastolatki wskaźniki samobójstwa są nieco większe niż u kobiet w wyższych przedziałach wieku [7].

Jest wiele powodów, dla których lekceważy się problemy psychiczne kobiet przed urodzeniem dziecka. Po pierwsze wynika to z błędnej koncepcji, według której w czasie ciąży kobiety są chronione przez hormony. Co więcej, kobiety same są niechętne, by dzielić się z otoczeniem objawami smutku, czy poirytowania ze względu na stygmatyzację związaną z depresją oraz rozbieżnością między oczekiwaniami kobiety a jej doświadczeniami. Oprócz tego występuje raczej tendencja, by w czasie ciąży zajmować się bardziej stanem fizycznym niż psychicznym kobiety oraz do przypisywania objawów emocjonalnych zmianom fizycznym i hormonalnym, które zachodzą w jej organizmie [11].

The U.S. Preventive Services Task Force rekomenduje screening ciężarnych i kobiet po porodzie w kierunku depresji [1]. Kiedy podejrzewa się PPD, powinno się zastosować podejście stopniowe. Należy zebrać dokładny wywiad dotyczący występowania epizodów choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD), manii lub hipomanii. Jeśli były obecne, należy przeprowadzić Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju, by zdiagnozować zaburzenie dwubiegunowe. Jeśli wynik jest pozytywny, rekomendowana jest ocena psychiatryczna pacjentki. Następnie pacjentka powinna zostać zapytana o obecność zaburzeń wytwórczych, poznawczych lub zmian zachowania (włączając w to chaotyczną lub wymuszoną mowę). Te objawy sugerują psychozę poporodową, która jest stanem nagłym i wymaga natychmiastowej interwencji psychiatrycznej. Należy także zapytać o występowanie myśli samobójczych, zarówno czynnych jak i biernych, a także myśli dotyczących rozszerzonego samobójstwa. Ich występowanie, podobnie jak psychoza, wymaga natychmiastowej oceny psychiatrycznej [11]. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) uważa, że powinno się chociaż raz w czasie ciąży przeprowadzić diagnostykę w kierunku depresji za pomocą standaryzowanego narzędzia [1].

Bardzo istotne jest, aby rozpocząć zapobieganie depresji jeszcze zanim przyszła matka zajdzie w ciążę. Pierwszym krokiem dla kobiet z diagnozą choroby

afektywnej jednobiegunowej jest osiągnięcie stabilizacji nastroju i przeanalizowanie dotychczasowe leczenia. Dla niektórych kobiet sensowne będzie zakończenie leczenia farmakologicznego, a dla niektórych byłby to bardzo niebezpieczny i ryzykowny krok. Należy ostrożnie i uważnie przeanalizować częstotliwość i ciężkość poprzednich epizodów, wcześniejszą odpowiedź na leczenie, poprzednią współpracę i ryzyko ekspozycji na leczenie w czasie ciąży. Ważna jest współpraca położników, psychiatrów, psychologów, by odpowiednie podejście przyniosło jak najwięcej pozytywnych skutków zarówno dla matki jak i dla dziecka [12]. Aby zapobiegać wystąpieniu PPD wśród pierworódek, nastoletnich matek i matek, które przeszły traumatyczny poród, rekomenduje się wizyty domowe, wsparcie telefoniczne i psychoterapię. Najlepsze efekty osiąga się wśród kobiet po traumatycznym porodzie [13].

Należy pamiętać również o tym, że kobiety z przebytymi zaburzeniami nastroju mogą być szczególnie wrażliwe na deprywację snu. To powoduje, że mała ilość snu po porodzie może być zarówno wskaźnikiem zbliżającej się depresji, jak i jej przyczyną. Doniesienia o zaburzonem i złym śnie w trzecim trymestrze ciąży są związane z objawami depresji w okresie poporodowym. Dlatego kobiety z PPD muszą uważnie obserwować swój nastrój i próbować zachowywać prawidłową ilość snu. Wymaga to znacznego wsparcia i współpracy ojca dziecka lub innych członków rodziny [12].

W leczeniu depresji okołoporodowej stosuje się psychoterapię lub farmakoterapię, natomiast niektóre przypadki umiarkowanej i ciężka depresja powinny być leczone psychoterapią oraz farmakoterapią. Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) są głównymi lekami stosowanymi w depresji okołoporodowej, szczególnie, jeśli pacjentka dobrze odpowiedziała na nie wcześniej. Citalopram, escitalopram, i sertralina wydają się być najbezpieczniejszymi SSRI w czasie ciąży, natomiast fluoksetyna, paroksetyna i sertralina są preferowane w czasie karmienia, ponieważ osiągają najniższe stężenie w surowicy niemowlęcia [1]. Spośród różnych form psychoterapii Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) ma najwięcej dowodów na swoją efektywność, którą jeszcze bardziej wzmacnia uczestnictwo partnera [14].

Dobranie odpowiedniej dawki leku może być trudnym problemem klinicznym. Po porodzie kobiety mogą być

bardziej wrażliwe na działanie leków z powodu efektów, jakie wywołują hormony na enzymy wątrobowe oraz ze względu na zwiększony poziom białek wiążących leki, dlatego sugeruje się rozpoczynanie leczenia od połowy dawki i powolne jej zwiększanie. Z kolei kobiety ciężarne potrzebują często większych dawek z uwagi na zwiększoną objętość krwi krążącej [1]. Należy pamiętać, że wiele kobiet dostaje zbyt niską dawkę, co powoduje zarówno ekspozycję dziecka na leki, jak i nieprzemijające objawy depresji razem ze swoimi negatywnymi skutkami [15].

Odpowiedź na leczenie powinna być oceniona po 4-6 tygodniach. Jeśli nie nastąpiła poprawa, należy zwiększyć dawkę leku. W przypadku depresji lekoopornej należy zmienić lek w obrębie tej samej klasy, dodać lek z innej klasy, lek pomocniczy, np. antypsychotyczny, lub zastosować elektrowstrząsy. Leczenie powinno trwać co najmniej 6 miesięcy, nawet jeśli zostanie osiągnięta remisja [1]. Bez leczenia PPD powinna ustąpić w ciągu 4-6 miesięcy, jednak u niektórych kobiet objawy mogą utrzymywać się do około roku, a nawet rozwinąć się w kierunku przewlekłej depresji [3]. Ponieważ wciąż istnieją kontrowersje i obawy wokół stosowania leków przeciwdepresyjnych w czasie ciąży, jest potrzeba przeprowadzenia większej ilości badań dotyczących alternatywnych metod leczenia, takich jak np. podawanie estrogenów, fototerapia, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (rTMS) [12].

„Baby blues”, czyli krótkotrwałe i łagodne obniżenie nastroju, jest bardzo powszechnym zaburzeniem, które do pewnego stopnia dotyka wiele kobiet. Szacuje się, że jest spotykany u 50-75% kobiet po porodzie, a w krajach zachodnich aż do 85%. Uważa się, że przyczyną jego wystąpienia mogą być zmiany hormonalne połączone ze stresem okołoporodowymi nikłą pomocą ze strony rodziny [5].

„Baby blues” jest etapem labilności emocjonalnej charakteryzującym się płacliwością, irytacją, lękiem, niepokojem, zaburzeniami snu. Kobiety, które odczuwają podobne objawy, ale nie spełniają kryteriów depresji okołoporodowej mogą cierpieć na baby blues. Objawy zazwyczaj rozwijają się w ciągu kilku pierwszych dni po

Tabela 1. Różnicowanie baby blues i depresji okołoporodowej [1]

Cecha	Baby blues	Depresja okołoporodowa
Czas trwania	Mniej niż 10 dni	Więcej niż 2 tygodnie
Początek	2-3 dni po porodzie	Często w czasie pierwszego miesiąca, ale może pojawić się do roku po porodzie
Zapadalność	80%	5% do 7%
Ciężkość	Dysfunkcja łagodna	Dysfunkcja umiarkowana do ciężkiej
Myśli samobójcze	Nieobecne	Mogą być obecne

porodzie, ze szczytem 3-5 dnia i ustępują samoistnie w ciągu 10 dni. Nie powodują trudności w funkcjonowaniu społecznym kobiety. Nie ma dowodów na to, że wystąpienie baby blues może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej[5]. Baby blues jest schorzeniem samoograniczającym się. Najważniejsze w ustąpieniu objawów jest wsparcie rodziny pacjentki, co wymaga troskliwości i cierpliwości [7].

Podsumowanie

Powyższy przegląd narracyjny ukazuje, iż depresja okołoporodowa jest dosyć częstym, ale niestety wciąż lekceważonym zaburzeniem, które, nieleczone, może nieść za sobą katastrofalne skutki. Prawidłowo zebrany wywiad lekarski oraz korzystanie z kwestionariuszy diagnostycznych może uchronić niejedną kobietę przed powikłaniami w przebiegu choroby lub jej potencjalnym nawrotem w kolejnym okresie okołoporodowym poprzez możliwość wcześniejszego wdrożenia odpowiedniej terapii zarówno lekowej jak i adekwatnej psychoterapii. Nieocenione jest także wsparcie ze strony rodziny. Ważna jest pomoc pacjentce zarówno przy opiece nad dzieckiem, jak i okazanie zrozumienia oraz budowanie poczucia bezpieczeństwa, co może przyczynić się do poprawy kondycji fizycznej i psychicznej matki.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References

1. Langan R, Goodbred A. Identification and Management of Peripartum Depression. *Am Fam Physician* 2016; 93(10):852-858.
2. Cox J. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry* 2004; 3(2):96-97.
3. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). Pregnancy and birth: Depression after childbirth – What can help? *PubMed Health* 2006.
4. Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry* 2002; 181(6):499-504.
5. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early

diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry* 2015; 57(2):216-221.

6. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Goździewska M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 20(1):195-202.
7. Hanley J. Zaburzenia psychiczne w ciąży i połogu. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012
8. Penninx B, Milaneschi Y, Lamers F, Vogelzangs N. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Med*. 2013; 11(129):1-14.
9. Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16(124):1-19.
10. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years of Age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(5):460-470.
11. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 191:62-77.
12. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(2):207-218.
13. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after traumatic childbirth. *Birth*. 2005; 32(1):11-19.
14. 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(321):1-9.
15. Meltzer-Brody S. Treating Perinatal Depression: Risks and Stigma. *Obstet Gynecol*. 2014; 124(4):653-654.

Corresponding author:

Ewelina Soroka

II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej

Ul. Głuska 1, 20-439 Lublin

Email: dziwota.e@gmail.com

Otrzymano: 4.10.2018

Zrecenzowano: 3.11.2018, 3.12.2018

Przyjęto do druku: 20.12.2018