

Depresia post-partum

The post-partum depression



**Daniela Stan¹,
Mihai Mitran²**

1. Moașă licențiată,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sărbu”
București,
șef Comisie Națională
OAMGMAMR,
specialitatea Moașe,
vicepreședinte OAMGMAMR -
Filiala București
2. Medic primar OG,
asistent universitar,
Doctor în Științe Medicale,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sărbu”
București

Autor de corespondență:
Daniela Stan
e-mail: daniela_stan07@
yahoo.com

Primit:
05.01.2017
Acceptat:
15.02.2017

Abstract

The post-partum depression is a mental disorder frequently met not only in mothers but also in their partners in the first months after the childbirth. The early recognition of its signs and symptoms by the medical staff from the obstetrics and gynecology departments or by the general practitioner, as well as the administration of an appropriate treatment will determine a favourable prognosis of the evolution of this disorder and also the best conditions for the newborn to grow. There is a need for a prenatal screening to detect the women who present such a risk in developing this disorder and for their supervision in the first months after birth.

Keywords: post-partum depression, pharmacological treatment, psychotherapy

Rezumat

Depresia post-partum (DPP) este o tulburare psihică frecvent întâlnită la mame, dar și la partenerii acestora, în primele luni de la naștere. Recunoașterea precoce a semnelor și simptomelor acestei afecțiuni de către personalul medical din secțiile de obstetrică-ginecologie sau de către medicul de familie și instituirea unui tratament corespunzător determină un prognostic favorabil al acestei afecțiuni la mamă, precum și condiții optime de dezvoltare a nou-născutului. Se discută despre necesitatea instituirii unui screening prenatal pentru depistarea femeilor cu risc de a dezvolta această afecțiune și monitorizarea acestora în primele luni după naștere.

Cuvinte-cheie: depresie post-partum, tratament farmacologic, psihoterapie

Depresia post-partum, numită și depresia postnatală, este o formă clinică a depresiei care poate afecta atât femeile, cât și bărbații în primele luni după naștere. Depresia post-partum este determinată în principal de modificări hormonale semnificative și bruște care apar imediat după naștere. Astfel, nivelurile de hormoni feminini, asemenea

estrogenului și progesteronului, scad puternic în orele imediat următoare nașterii. Aceste scăderi pot produce starea depresivă, tot așa cum doar mici schimbări hormonale pot declanșa stări disforice și de tensiune psihică înainte de ciclul menstrual. De asemenea, nivelurile hormonului tiroidian pot să scadă puternic după naștere,

dezvoltându-se o deficiență tiroidiană care poate produce depresie. La inițierea alăptării, dezinhibirea hipofizei și creșterea nivelului de prolactină se fac și pe seama scăderii nivelului de dopamină din anumite regiuni ale creierului. Scăderea dopaminei este corelată, după cum se știe, cu apariția simptomelor depresive, a anxietății și a gândurilor obsesive. Totodată, Edwards a demonstrat într-un studiu că nivelul placentar crescut al corticotropin releasing hormone (CRH) în cursul săptămânii a 25-a de sarcină poate fi folosit ca marker al unei posibile dezvoltări a DPP. Aceste modificări hormonale pot determina depresie post-partum mai ales când sunt asociate cu alți factori de risc, cum ar fi existența unor episoade depresive anterioare (inclusiv din cadrul tulburării bipolare), istoric familial de depresie, mamă care nu alăptează în mod natural, fumătoare, statut socioeconomic precar, sarcină nedorită/neplanificată, rasă africană, mamele lesbiene sau bisexuale, absența sprijinului partenerului, al prietenilor și al familiei sau un stres excesiv resimțit după naștere. Unii autori neagă importanța etiologică a modificărilor hormonale, argumentând faptul că incidența DPP este la fel de ridicată și în rândul taților, dar cu o simptomatologie mai redusă în intensitate.

Simptomele care au o amplitudine variabilă - asemenea insomniei, iritabilității, crizelor de plâns, sentimentelor de copleșire și labilității afective - sunt frecvent întâlnite în primele zile după naștere (la mai mult de jumătate dintre femei). Aceste stări (denumite și „baby blues”) ating de obicei un maxim în ziua a patra și se remit în mai puțin de două săptămâni, când modificările hormonale se atenuază. Simptomatologia depresivă rămâne de cele mai multe ori la o intensitate subclinică, dar trebuie monitorizată de personalul medical, pentru a se putea interveni cu promptitudine când dobândește o dimensiune clinică. Fenomenologia clinică a cazurilor de mică intensitate de DPP sunt similare celor de „baby blues”, dar sunt prezente mai mult timp (peste două săptămâni). În cazul unei DPP severe, simptomele pot surveni oricând în primul an de după naștere și sunt identice cu ale unei depresii severe: tristețe, pierderea interesului, dificultăți de concentrare, agitație sau lentoare psihomotorie, senzație de oboseală exagerată, tulburări ale apetitului (anorexie sau bulimie), tulburări ale somnului (insomnii), scăderea libidoului, gânduri de sinucidere, sentimente ambivalente sau negative față de sugar; sentimente de culpabilitate legate de incapacitatea de a avea grijă de copil și o anxietate excesivă în legătură cu starea de sănătate a acestuia. Pentru depistarea precoce a DPP se folosește în clinică Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS (un scor mai mare de 13 la cei 10 itemi ai scalei, din maximum 30, se consideră DPP). Aproximativ 1 din 8 femei dezvoltă depresie post-partum de lungă durată în săptămânile și lunile de după naștere. Modificările hormonale și durerea cauzate de avortul spontan sau nașterea unui făt mort pot declanșa de asemenea depresie post-partum la multe femei. Depresia post-partum face dificilă îndeplinirea atribuțiilor de mamă, afectând îngrijirea copilului și formarea atașamentului față de acesta. Bebelușii mamelor depresive tind să fie puțin atașați de mamele lor și să fie mai lenți în achiziția limbajului, a comportamentelor specifice vârstei și în dezvoltarea mintală. Fără tratament, depresia

post-partum poate dura aproximativ șapte luni și poate continua peste un an.

Tratamentul prompt este important atât pentru mamă, cât și pentru copil. Cu cât tratamentul este început mai devreme, cu atât recuperarea este mai rapidă, scăzând șansele de repetare a depresiei, iar dezvoltarea copilului este mai puțin afectată de boala mamei. Medicația antidepressivă și terapia cognitiv-comportamentală s-au dovedit la fel de eficiente pentru multe femei.

Consilierea și terapia suportivă sunt considerate tratamente de primă linie pentru depresia post-partum de intensitate mică și moderată.

Alăptarea la sân oferă multe beneficii emoționale și fizice, atât pentru mamă, cât și pentru copil. Pentru acest motiv s-au identificat antidepressivele sigure în timpul alăptării. Astfel, nu este necesară întreruperea alăptării în timpul tratamentului cu antidepressive pentru depresia post-partum. Unele studii (Hagen, Barrett, 1999) ajung la concluzia că DPP nu este o tulburare psihică propriu-zisă, ci este o urmare a unor condiții de nesecurizare materială și afectivă a mamei. Ajutând mai mult proaspăta mamă să treacă peste aceste anxietăți, printr-un puternic sprijin afectiv, moral și chiar material al întregii familii, dar mai ales al partenerului de viață, simptomatologia DPP se poate remite foarte rapid.

Concluzii

- Depresia post-partum este o afecțiune frecvent întâlnită în clinică.
- Deși este descrisă și la bărbați, această patologie are un impact mult mai semnificativ la femei.
- Subliniem încă o dată necesitatea diagnosticării timpurii a acestei afecțiuni, cu repercusiuni atât în ceea ce privește evoluția și prognosticul mamei, cât și asupra capacității sale de a-și îngriji copilul, fiind cunoscut că primele luni din viața unui om sunt deosebit de importante pentru evoluția lui ulterioară. În unele țări (Canada - provincia Alberta) se realizează un screening prenatal al tuturor femeilor și se monitorizează îndeaproape starea afectivă a mamelor cu risc în următoarele luni după naștere. ■

Bibliografie

1. Rich-Edward JW, Mohllajee AP, Kleinman K. et al. Elevated midpregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal, but not post-partum, maternal depression. *J Clin Endocrinol Metab*, 2008;93(5):1946-51.
2. Beck CT. The effects of postnatal depression on maternal-infant interaction: a metaanalysis. *Nursing Research*, 1995;44:298-304.
3. Beck CT. A meta-analysis of predictions of postpartum depression. *Nursing Research*, 1996;45:297-303.
4. Ross LE., Steele L, Goldfinger C, Strike C. Perinatal Depressive Symptomatology Among Lesbian and Bisexual Women. *Arch Women's Mental Health*. 2007;10(2):53-9.
5. Ross LE. Perinatal Mental Health in Lesbian Mothers: A Review of Potential Risk and Protective Factors. *Women Health*. 2005;41(3):113-28.
6. Segre LS, Losch ME, O'Hara MW. Race/Ethnicity and Perinatal Depressed Mood". *J Reprod Infant Psychol*. 2006;24(2):99-106.
7. Paulson JF. Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and post-partum depression not limited to mothers. *Psychiatry Times*. 2010;27(2), <http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/focusing-depression-expectant-and-new-fathers>
8. Wisner KL, Parry BL, Plonyek CM. Post-partum Depression. *N Engl J Med*, 2002;347(3):194-9.
10. Appleby L, Warner R, Faragher B, Whitton A. A Controlled Study of Fluoxetine and Cognitive-Behavioural Counseling in the Treatment of Postnatal Depression. *BMJ*, 1997;314(7085):932-6.