

Depresia post-partum

The Postpartum depression



FOTO: SHUTTERSTOCK

**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

Correspondență:
Daniela Stan
e-mail: daniela_stan07@
yahoo.com

Abstract

The Postpartum depression (PPD) is a mental disorder common in mothers and their partners in the first months after birth. Early recognition of signs and symptoms of this condition by medical staff in obstetrics and gynecology or a family doctor as well as determining the appropriate therapy triggers a favorable prognosis of this disease in the mother and an optimal development of the newborn.

Keywords: postpartum depression, counselling

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 ale nou-născutului.

Cuvinte-cheie: depresie post-partum, consiliere

Se discută despre necesitatea instituirii unui screening prenatal pentru depistarea femeilor cu risc pentru a dezvolta această afecțiune și monitorizarea acestora în primele luni după naștere. Unele studii 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 su-

port afectiv, moral și chiar material al întregii familii, dar mai ales al partenerului de viață, simptomatologia depresiei post-partum se poate remite foarte rapid.

Depresia post-partum este determinată în principal de modificări hormonale semnificative și bruște care apar imediat după naștere. Astfel, nivelurile de hormoni feminini 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, nivelul de hormoni tiroidieni pot scădea puternic după naștere, dezvoltându-se o deficiență tiroidiană care poate produce depresie. La inițierea alăptării, dezinhibarea 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, 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, după cum se arată într-un studiu efectuat de cercetătorii de la Universitatea Complutense din Madrid.

Depresia post-partum pare să fie determinată de modificări hormonale bruște care apar după naștere. Aceste modificări hormonale pot determina depresie post-partum, când sunt asociate cu alți factori de risc, cum ar fi: depresia anterioară (inclusiv tulburarea bipolară), absența sprijinului din partea partenerului, prietenilor și a familiei sau un stres excesiv.

Atât avortul spontan, cât și nașterea cu făt mort pot determina aceleași modificări hormonale, care pot duce la depresie post-partum.

Factori de risc

Fiecare femeie are risc de tristețe post-partum în primele două săptămâni după naștere, din cauza modificărilor hormonale bruște și a solicitării determinate de îngrijirea nou-născutului.

Femeile care au avut un avort spontan sau o naștere cu făt mort au, de asemenea, un risc. În total, 20% din femeile cu tristețe post-partum vor suferi de depresie post-partum. Totuși, sunt cunoscuți câțiva factori care cresc riscul de depresie pe termen lung după sarcină. Dacă femeia a avut depresie post-partum la o sarcină anterioară, există un risc crescut de a face din nou. Aproximativ 50% din femeile cu istoric de depresie post-partum vor avea această afecțiune și după următoarea sarcină.

Alți factori de risc includ:

- absența sprijinului din partea familiei, partenerului sau a prietenilor;
- stres adițional, cum ar fi probleme financiare, nou-născut bolnav sau probleme de familie;
- prima sarcină;
- depresia în timpul sarcinii actuale; 75% din femeile care sunt depresive în timpul sarcinii vor avea depresie post-partum;
- depresie înainte de sarcina; 25% din femeile care au avut un episod depresiv de-a lungul vieții vor avea depresie post-partum.

Simptome

Simptome care au o amplitudine variabilă, asemenea insomniei, iritabilității, crizelor de plâns, sentimen-

telor de copleșire și labilitatea afectivă, 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 atenuează.

Simptomatologia depresivă rămâne, de cele mai multe ori, la o intensitate subclinică, dar trebuie monitorizată de către personalul medical, pentru a se putea interveni cu promptitudine, când dobândește o dimensiune clinică. Fenomenologia clinică a cazurilor de mică intensitate de DPP este similară celei a „baby blues”-ului, dar este prezentă mai mult timp (peste 2 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.

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, de asemenea, pot declanșa 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 dezvoltarea mentală. Fără tratament, depresia post-partum poate dura aproximativ 7 luni și poate continua peste un an.

Concluzii

Ca și alte afecțiuni, depresia necesită tratament, timp și răbdare. Cei din jur sunt îndrumați să evite oferirea de sfaturi, dar e recomandat să încurajeze persoana în cauză, să caute tratament specializat și să o susțină pe mamă pentru a continua tratamentul (fie medicamentos, fie psihoterapeutic). „Baby blues” este întâlnită la aproximativ 50% dintre mame după nașterea copilului. Aceste stări sunt legate de actul nașterii, care implică anumite schimbări în corpul mamei, cum ar fi tulburările hormonale. ■

Bibliografie

1. www.csid.ro/
2. Alexander F, Benedek Th. Psychosomatische Medizin. mit einem Kapitel über die Funktionen des Sexualapparates und ihre Störungen : Grundlagen und Anwendungsgebiete, W. de Gruyter, 1985.
3. Hertz DG, Molinski H. Psychosomatic der Frau, Springer Verlag, Berlin, 1980.