

OVERVIEW OF THE THEORIES OF POSTPARTUM DEPRESSION

Daniela Gavrilova

Medical University-Sofia, Faculty of Public Health, Bulgaria, ditcheli@abv.bg

Delyna Hadzhideleva

Medical University-Sofia, Faculty of Public Health, Bulgaria, dhd_@abv.bg

Abstract: Protecting mother and child health is a matter of great medical and social importance and calls for special attention to the quality of perinatal care. The necessity of studies of pregnant women psychosomatic state is defined by contemporary obstetrics goals: preventing complications during pregnancy and childbirth and reducing the frequency of behavioral problems after birth.

Since ancient times postnatal period is associated with changes in female mental and emotional state. Childbirth is considered a stress factor and could affect significantly the mental balance of woman in child-birth.

In the postnatal period mothers endure physiological and mental changes and many of them are vulnerable to different emotional symptoms including anxiety, depression and psychosis. The most common mental and emotional problem is postnatal depression. While postpartal emotional disbalance is usually benign and controllable, postnatal depression and postnatal psychosis cause considerable amount of stress and dysfunction. Postpartal depression is an issue of social and health significance and often can seriously deteriorate the quality of life not only of the mother, but as well as the family. With untreated depressive disorders there is a risk of recurrent illness and they are associated with long term cognitive, emotional and behavioral disorders in children. In the prevention of postpartal mental disorders is important to raise awareness of health professionals so that these conditions can be recognized early and treated in due course.

Until now this complex disorder has not been studied well enough and there have been different theories about what is causing it. According to some authors before deciding on treatment options an evaluation has to be made of the theoretical reasons for the occurrence of PPD.

Introducing health professionals working with women during the prenatal and postnatal period with the theoretical formulations of the problem can help them in developing strategies for prevention and treatment to prevent the disorder and to reduce the consequences.

Keywords: postpartum depression, stress, prevention, treatment, theory

ОБЗОРЕН ПРЕГЛЕД НА ТЕОРИИТЕ ЗА ПОСТПАРТАЛНА ДЕПРЕСИЯ

Даниела Гавраилова

МУ– София - Факултет „Обществено здраве“, ditcheli@abv.bg

Деляна Хаджиделева

МУ– София - Факултет „Обществено здраве“, dhd_@abv.bg

Резюме: Проблемът за опазването на здравето на майката и детето е от голямо медицинско и социално значение и налага необходимостта от специално внимание към качеството на перинаталните грижи. Необходимостта от проучвания на психосоматичното състояние на бременната жена се определя от задачите на съвременното акушерство: превенция на усложненията по време на бременност и раждане и намаляване честотата на поведенческите проблеми в послеродовият период

Още от древността периода след раждането се свързва с промени в психоемоционалното състояние на жената. Раждането се разглежда като общ стресор и може да окаже сериозно влияние върху психичното равновесие на родилката.

Периодът след раждането е времето, когато майките претърпяват физиологични и психически промени и много от тях са уязвими и податливи на различни емоционални симптоми [12]. Те включват тревожност, депресия и психоза. Най-разпространеният психически или емоционален проблем, свързан с раждането, е следродилната депресия (ППД) [26, 32]. Докато постпарталната емоционална нестабилност е обикновено доброкачествена и самоограничаваща се, следродилната депресия и постпарталната психоза причиняват значителен стрес и дисфункция. Постпарталната депресия е социално значим и здравен проблем, често водещ до сериозно нарушение на качеството на живот, не само на майката, но и на семейството. Нелекуваните депресивни нарушения създават риск за повтарящо се заболяване и са свързани с

дългосрочни когнитивни, емоционални и поведенчески проблеми у децата. Важен момент в превенцията на постпарталните психични нарушения е да се повиши осведомеността на здравните специалисти, така че тези състояния да могат да бъдат рано идентифицирани и своевременно лекувани.

Досега това сложно разстройство не е изучено достатъчно добре и са предложени различни теории за причините за възникването му. Според някои автори, преди да се вземе решение относно възможностите за лечение, е необходимо да се направи оценка на теоретичните причини за възникване на ППД.

Запознаването на здравните специалисти, които работят с жени по време на пренаталния и постнатален период с теоретичните постановки на проблема може да ги подпомогне в изработването на стратегии за превантивни мерки и лечебни планове с оглед предотвратяване на заболяването и намаляване последствията от него.

Ключови думи: постпартална депресия, стрес, превенция, лечение, теории

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Следродилната депресия (ППД) е състояние, характеризиращо се с постоянно чувство на тъга, безнадеждност, умора и тревожност. Развива се през първите четири седмици след раждането и може да продължи от няколко месеца до една година. Досега учените не са единодушни относно причините и механизмите на появата на това заболяване, а медицинските специалисти нямат надежден начин да идентифицират това състояние, преди да започнат негативните последствия от него.

По време на следродовия период, до 85% от жените изпитват някакъв вид смущение в настроението. Според Американската психиатрична асоциация (ААР) повече от 400 000 деца се раждат всяка година от майки, които са депресирани [25]. За повечето жени, симптомите на нарушения в настроението (емоционална нестабилност) са преходни и сравнително леки, 10-15% от жените изпитват по-сериозна и постоянна форма на депресия, 0,1-0,2% от жените развиват постпартална психоза, а сред тези, които преди това са имали разстройства на настроението, процентът, засегнати от това заболяване е 30-35% [20,27,28,31]. Значението на проблема се определя както от разпространението му, така и от факта, че промяната в емоционалното състояние на жената по време на кризисен период в семейния живот оказва силно влияние върху всички членове на семейството и най-вече върху бебето. Депресията става бариера между майката и детето, нарушава контактите и взаимното разбиране. Депресивното състояние на майката, което трае дълго време, нарушава нормалното развитие на детето и допринася за формирането на психични разстройства в него с различна тежест.

2. ТЕОРИИ ЗА ВЪЗНИКВАНЕТО НА ПОСТПАРТАЛНА ДЕПРЕСИЯ

Причините за възникване на психични и поведенчески разстройства, свързани с послеродовия период са много и разнообразни. Съществуват няколко групи теории за възникването на ППД.

Биологични теории

Различните статистики показват, че приблизително 13% от новите майки изпитват следродилна депресия, а между 25% и 50% от майките със следродилна депресия имат епизоди, продължили 6 месеца или повече. Според Beck ППД е медицинско състояние и заболяване, лично патологично разстройство на настроението, което не е резултат на социални или екологични условия. В този медицински модел жените са пасивни индивиди, които са под влияние на биологични фактори [2].

Съществуват различни теории по отношение връзката между ППД и взаимодействията в хипоталамо – хипофизо - гонадната система и хипоталамо – хипофизо - надбъбречната система (НРА) и промяната в нивата на гонадните хормони [8, 14, 33]. В пренаталния период осите на НРА и репродуктивната система на жените се променят със силно взаимодействие между тях. Възможно е оста НРА да функционира по различен начин при жени, които са податливи на депресия чрез потискане на кортикотропин - освобождаващия хормон (CRH) в периода след раждането в хормоналния път за афективни разстройства. Има данни, че депесираните майки са имали понижена хипоталамо-хипофизарно-адренална (НРА) ос, тъй като слюнченият кортизол е по-нисък при депесираните майки [10, 11]. Други изследвания обаче, са показали, че потискането на CRH не корелира с колебанията в настроението и не е свързан с повишен риск от ППД [22].

Хормоните естроген, прогестерон, бета-ендорфин, човешки хорион гонадотропин и кортизол се увеличават по време на бременност и значително намаляват след раждането [6, 29]. Някои изследователи приемат, че с рязкото намаляване на нивата на репродуктивните хормони след раждането се задействат промени в периферните и централните моноаминни центрове и това е основна причина за възникване на ППД [6, 15,17, 33]. Внезапното понижение на гонадните хормони може да бъде пусков момент за депресия, а жените

с анамнеза за ППД могат да реагират по различен и по-чувствителен начин на внезапното понижаване на плазмените нива и дестабилизиращи настроението ефекти на гонадните стероиди [33]. Гонадните хормони поддържат ниско нивото на депресия по време на бременността [30]. Естрогенът и прогестеронът оказват влияние върху невротрансмитерите, които участват в емоционалните и когнитивните процеси [6]. В проучване на Young E.A. са наблюдавани понижени плазмени нива на естрадиола в депресивната група жени в сравнение с контролната група [33]. В рамките на няколко дни след раждането гонадните хормони се понижават значително, което показва вероятна корелация с неочаквано повишаване на развитието на непсихотични и психотични психични заболявания [7, 30]. Други проучвания обаче не установяват ниските нива на естроген и прогестерон да бъдат рисков фактор за ППД. Klier C.M. и съавт. изследват връзката между величината на промяната и общото ниво на естрогена и прогестерона и степента на перипарталната депресия и депресивните симптоми. Те оценяват сто и деветдесет и две жени в 38-та седмица от бременността, перипарталния период ($n = 105$) и 6 месеца след раждането ($n = 89$) по отношение на диагнозата депресия, самооценка на депресивни симптоми и нива на естроген и прогестерон. По отношение на общите нива на естроген и прогестерон, авторите намират, че естрогенът на 3-ия ден е значително по-висок ($p < 0,05$) при жени с настоящи големи депресивни състояния, отколкото при тези с доживотно голямо депресивно заболяване или нормалните контроли. Депресивните резултати са били значително по-високи в края на бременността (12,6% са самоидентифицирани като депресирани), отколкото в следродовия период - 5,8% на 3 ден ($p < 0,004$); 9,2% на 5 ден ($p < 0,008$). Резултатите са в контраст с хипотезите за понижаване на естрогените или гонадните хормони като етиологичен фактор за депресия в пуерпериума. Но както и самите автори изтъкват ограничение в това изследване е ниският брой на лицата с депресия; следователно установените констатации трябва да се тълкуват с голяма предпазливост [21].

Естрогенът оказва влияние върху адреналиновите, норепинефринови и серотонинови рецептори, като една от функцията му е да поддържа стабилността на серотонина, с цел съхраняване на повече предаватели в мозъка. Предполага се, че серотониновата (5HT) система играе важна роля в пренаталната и постнаталната депресия, тъй като депресираните майки реагират добре на серотонинергичните антидепресанти. Moses-Kolko E.L. и сътр. измерват с позитронна емисионна томография потенциала за свързване на мозъчния серотонин-1A (5HT1A) рецептор при здрави и депресиранни жени след раждането. Авторите намират, че свързването на 5HT1A серотониновия рецептор намалява с 20 до 28% в депресираната група в сравнение с контролната група [23]. В проведените до момента проучвания няма единно становище относно влиянието на биологичните фактори за възникването на ППД. Изказано е предположение, че вътрешна абнормна реакция на хормоналните промени допринася за развитието на ППД [15].

Психосоциална теория

Според тази теория специфичните неврофизиологични и неврохимични промени в мозъка се предизвикват от психосоциални стресови фактори и междуличностни събития, които значително променят баланса на невротрансмитерите. Смята се, че депресията е свързана с психосоциалните стресови фактори [19]. Предложени са няколко психосоциални теории:

Психодинамична теория

Психодинамичната гледна точка подкрепя идеята, че някои недовършени дела в детството или семейството на жените могат да причинят повече психически проблеми след раждането [24]. Жените имат тенденция да имитират ролята на собствената си майка веднага щом станат майки след раждането, обаче ако има отрицание при приемането на ролята на собствената им майка, те имат затруднения в адаптирането към новата си роля на майчинството. Резултатът от конфликта за майчинската роля може да доведе до отхвърляне на женската идентичност, както и до заплахата за нейния феминизъм [19]. Някои експерти отбелязват, че раждането води до загуба на самоличността на жените, до оттегляне на любовта, привързаността и загуба на независимостта [5, 24]. Освен това отрицателното отношение на семейството засяга благосъстоянието на жените и води до неправилни адаптивни механизми [24].

Теория на когнитивната психология

В тази теория се подчертават някои характеристики на личността, които предразполагат нови майки към ППД. Това е нереалистичното очакване на раждането и майчинството, което може да накара майките да се безпокоят и да проявяват натрапчиви тенденции. Жените с дисфункционални нагласи вероятно ще покажат увеличаване на депресивното настроение след появата на негативни събития. Връзката между дисфункционалните нагласи и увеличаването на депресивното настроение след появата на негативни събития се медира от негативните възгледи за бъдещето [1]. Някои автори предполагат, че депресивното настроение е резултат от мисловни смущения [1, 3, 4, 24]. Освен това, при липсата на подходящи модели на

подтискане жената чувства загуба на контрол и безпокойство, което води до липса на способност да се справи с изискванията и грижите за детето [24].

Социална и междуличностна теория

Околната среда играе съществена роля в живота на индивида. Според теорията на привързаността междуличностните борби в живота на индивида имат значително влияние върху психичното здраве. Редица междуличностни фактори могат да играят роля в стреса на жените, а тяхната чувствителност в следродовия период ги прави склонни да развият постпартални разстройства. Към тези фактори се отнасят несигурност по отношение на връзката, недостатъчна социална подкрепа, брачни конфликти [16]. Раждането на дете е значително преходно събитие в живота и подкрепата в този период може да окаже съществено влияние върху психическото състояние на жените. Непланираните нежелани събития около раждането могат да генерират отрицателен отговор по време на ранния следродов период, което води до нарушаване на обичайното функциониране и настроение. Проучване на Hunker D.F. и сътр. показва, че социалната подкрепа има значителни ефекти върху депресивните симптоми ($p = 0.02$), функционалния статус ($p = 0.014$) и грижите за бебето ($p < 0.001$), но не намалява ефекта на нежеланите събития при предсказване на депресивни симптоми ($p = 0.045$), функционален статус ($p = 0.056$) и грижи за бебето ($p = 0.92$), както и че нежеланите събития не предвиждат майчините резултати на 2-та седмица след раждането [18]. Предизвикателствата на майчинството и внезапните психосоциални колебания в този период също допринасят за развитие на ППД.

Теория на поведението

Според поведенческата теория депресивният епизод може да бъде резултат от големи събития от живота, които нарушават нормалния модел на подкрепа на индивида [9]. Стресът в живота и психологически проблеми като развод на родителите, ниска родителска емоционална подкрепа, конфликт между майка и дъщеря са предиктори за ППД [16]. Хора, които изпитват голям стрес, произтичащ от неочаквани събития показват нисък процент на положително подсилване за поведение за повишаване на настроението и висок процент на положително усилване за депресивно поведение [9].

Еволюционна теория

Обикновено жените изпитват негативни изживявания като мрачно и депресивно настроение поради проблеми, свързани с детето, брачни проблеми и липса на социална подкрепа, свързана със социалната и семейната среда. Някои жени, които страдат от ППД и със симптоми като психомоторно забавяне, загуба на тегло, загуба на интерес към дейностите, липса на концентрация и постоянни мисли за самоубийство понякога не могат да търсят социална подкрепа. Действията, които жените предприемат, за да намалят тези психологически проблеми, я предразполагат към ППД [13]. Така според еволюционната теория ППД е резултат от адаптивна функция, която алармира за потенциално натоварване на майката. Сигнализира се за майка, която е понесла социална цена, мотивираща я да прецени дали да продължи или да престане да осигурява грижи за потомството си. От тази гледна точка ППД не е дисфункция, а по-скоро адаптивен механизъм.

3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Понастоящем не съществува общ консенсус в предлаганите теории относно естеството на ППД. Един или няколко теоретични модела могат да стоят в основата на този следродов психо-емоционален проблем. Запознаването на здравните специалисти с теоретичните постановки може да ги подпомогне за по-прецизна индивидуална оценка на всяка рискова за ППД жена и да направи информиран избор по отношение както на превенцията, така и на лечението.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Abela J.R.Z., D.U. D'Alessandro. Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. Br. J. Clin. Psychol., 2002, 41, 2, 111–128.
- [2] Beck C.T. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. Am. J. Maternal. Child. Nurs., 2002, 27, 282–287.
- [3] Beck A.T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper and Row; 1967.
- [4] Beck A.T. Cognitive models of depression. Clinical advances in cognitive psychotherapy. Theory Application. 2002, 14, 29–61.
- [5] Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. Health Care Women Int. 2008;29, 6:568–92.

- [6] Bloch M., P.J. Schmidt, M. Danaceau et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 6, 924–930.
- [7] Bloch M., R.C. Daly, D.R. Rubinow. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr. Psychiatry*, 2003, 44, 3, 234–246.
- [8] Carter C.S., M. Altemus, G. Pchrousos et al. Neuroendocrine and emotional changes in the post-partum period. *Progress in Brain Research*. Elsevier. 2001, 133, 241–249.
- [9] Davidson K.W., N. Rieckmann, F. Lespérance. Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosom. Med.*, 2004, 66, 2, 165–173.
- [10] Glover V., M. Kammerer. The Biology and Pathophysiology of Peripartum Psychiatric Disorders. *Primary Psychiatry*, 2004, 11, 37–41.
- [11] Groer M.W., K. Morgan. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 2007, 32, 2, 133–139.
- [12] Guardino C.M., C. Dunkel Schetter. Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychol. Rev.*, 2014, 8, 1, 70–94.
- [13] Hagen E.H. The functions of postpartum depression. *Evol. Human Behav.*, 1999, 20, 325–359.
- [14] Halbreich U., L.S. Kahn. Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *CNS Drugs*, 2001, 15, 10, 797–817.
- [15] Halbreich U. Postpartum disorders: Multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *J. Affect. Disord.*, 2005, 88, 1, 1–7.
- [16] Hammen C., P.A. Brennan. Interpersonal dysfunction in depressed women: Impairments independent of depressive symptoms. *J. Affect. Disord.*, 2002, 72, 2, 145–156.
- [17] Hoefliger K. Postpartum Depression: The need for prevention, early diagnosis and treatment. Switzerland: University of Geneva. 2003.
- [18] Hunker D.F., T.E. Patrick, S.A. Albrecht et al. Is difficult childbirth related to postpartum maternal outcomes in the early postpartum period? *Arch. Womens Ment. Health.*, 2009, 12, 4, 211–219.
- [19] Kaplan B., A. Sadock. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.
- [20] Kendell R.E., J.C. Chalmers, C. Platz. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br. J. Psychiatry*, 1987, 150, 662–673.
- [21] Klier C.M., M. Muzik, K. Dervic et al. The role of estrogen and progesterone in depression after birth. *J. Psychiatric Res.*, 2007, 41, 3–4, 273–279.
- [22] Meltzer-Brody S., A. Stuebe, N. Dole et al. Elevated corticotropin releasing hormone (CRH) during pregnancy and risk of postpartum depression (PPD). *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2011, 96, 1, 40–47.
- [23] Moses-Kolko E.L., K.L. Wisner, J.C. Price et al. Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: A PET study. *Fertil. Steril.*, 2008, 89, 3, 685–692.
- [24] Nemade R., N. Reiss Staats, M. Dombeck. Psychology of Depression-Psychodynamic Theories. 2011. <http://www.mentalhelp>
- [25] Norwitz E.R., S.J. Lye. Biology of parturition. In: Thomas R. Moore, Charles J. Lockwood. Creasy and Resnick's Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice, edited by Robert K. Creasy RR, Jay D. Iams; associate editors. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2009, 19103–2899.
- [26] O'Hara M.W. Postpartum depression: What we know. *J. Clin. Psychol.*, 2009, 65, 12, 1258–1269.
- [27] O'Hara M.W., D. J. Neunaber, E.M. Zekoski. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J. Abnorm. Psychol.*, 93, 1984, 198, 2, 158–171.
- [28] SIGN. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2002, p. 32.
- [29] Soares C.N., B. Zitek. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *J. Psychiatry Neurosci.*, 2008, 33, 4, 331–343.
- [30] Stahl SM. Essential psychopharmacology: The prescriber's guide: Antidepressants. Cambridge Univ. Pr.; 2006.
- [31] USPSTF. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann. Intern. Med.*, 151, 2009, 11, 784–792.
- [32] Wisner K.L., B.L. Parry, C.M. Piontek. Postpartum depression. *N. Eng. J. Med.*, 2002, 347, 3, 194–199.
- [33] Young E.A., A.R. Midgley, N.E. Carlson et al. Alteration in the hypothalamic-pituitary-ovarian axis in depressed women. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000, 57, 12, 1157–1162.