

CAPITOLUL 8

Depresia în relație cu nașterea și lehuzia

Lene Lier & Marianne Kastrup

INTRODUCERE

Pentru femeie, nașterea reprezintă o perioadă de schimbare și de probleme noi în viața sexuală, relațiile familiale și biologia sa. În perioada din preajma nașterii, femeia este supusă unui risc crescut față de tulburări emoționale, care merg de la comuna "tristețe postpartum" până la episoadele psihotice, mai puțin frecvente, dar mai serioase. În cadrul acestui continuum al disfuncției psihice, de la crize psihologice normale până la tulburări psihotice severe, etiologia, tratamentul și prognosticul sunt încă subiecte de dezbateră. În primul rând, este *depresia ușoară tranzitorie*, așa-numita tristețe a maternității care apare în primele zile ale postpartumului. Această reacție este așa de comună, aparent benignă și reversibilă, încât majoritatea nu o percep ca pe o boală care ar necesita tratament. În al doilea rând, sunt **reacțiile depresive moderate și sindromul depresiv cronic** care afectează mai profund femeia decât tristețea postpartum și mai comun decât reacțiile psihotice postpartum. Aceste depresii postnatale, care intervin în lunile de după naștere trebuie deosebite de schimbările de scurtă durată ale dispoziției psihice menționate anterior și care apar în prima săptămână după naștere. În al treilea rând, sunt *psihozele postpartum* care sunt o tulburare relativ rară, intervenind după naștere, cu simptome similare reacțiilor psihiatrice în general. În acest capitol vom da o atenție specială depresiilor non-psihotice succesiv nașterii și ne vom focaliza pe descoperirile recente cu privire la incidență, nosologie, simptomatologie, biologie și factorii obstetricali, familiali, sociali și psihodinamici.

NOSOLOGIE

Nu există un consens cu privire la existența unei entități nosologice a tulburărilor puerperale. Mai ales, nu există un concept nosologic natural care să acopere toate aspectele tulburărilor post-partum. În majoritatea cazurilor se recomandă clasificărilor psihiatrice să clasifice tulburările în concordanță cu tulburările psihice de bază, adică ca nevroză, psihoză reactivă, depresie endogenă, etc.

Reacțiile tranzitorii ușoare, care apar imediat după nașterea copilului, provoacă o îngrijorare redusă atât femeii, cât și medicului și astfel nu îndeplinesc condițiile generale pentru a fi considerate ca boli (Stein, 1982). Tulburările depresive non-psihotice sunt în mod obișnuit clasificate ca tulburări de tip nevrotic.

Depresiile psihotice severe vor fi clasificate în concordanță cu bolile depresive de bază sau ca o tulburare psihotică nespecifică și care apare în săptămânile de după naștere în funcție de faptul dacă clinicianul tinde să vadă simptomele ca manifestări ale psihopatologiei legate de naștere sau nu.

INCIDENȚA

Nu există o diferență semnificativă dintre un caz de "tristețe postpartum" și altul în care aceasta nu apare (Warborg Larsen, 1991) și pare că diferiți autori au utilizat grade diferite de severitate pentru a defini un caz. Până acum nu a fost dezvoltat un instrument satisfăcător pentru a delimita această categorie, dar mulți cercetători au raportat o incidență generală de 50 - 70% (Pitt, 1973; Davidson 1972; Yalom și colab. 1968; Harris 1980; Stein, 1980; Saks și colab. 1985).

Majoritatea femeilor cu depresii postpartum nu caută ajutor și rareori solicită tratament psihiatric. Aceasta înseamnă că apar probleme metodologice atunci când trebuie măsurată incidența acestei tulburări.

În ciuda incertitudinii considerabile cu privire la așa-numitele depresii nevrotice, incidența lor este în general estimată în jurul procentului de 10 - 29%. Investigațiile prospective asupra femeilor care nasc, înainte și după naștere, oferă cele mai bune condiții pentru investigarea ratei incidenței cât și a simptomatologiei.

Într-o trecere în revistă a depresiilor postnatale, Pitt (1968) raportează o rată a incidenței de 11% în primele 6 săptămâni de după naștere și concluzionează că depresia nevrotică este o complicație comună și importantă a peurperului care lăsată netratată poate persista un an sau mai mult, cum a fost cazul la 43% din depresivele primei anchete epidemiologice. O incidență de aproximativ 11% a depresiilor nevrotice a fost confirmată de mulți investitori, totuși multe studii găsesc chiar o rată mai mare. Astfel, Nilsson și Almgren (1970) raportează reacții nevrotice în 19% din cazuri în primele 2 luni de după naștere și 26% cazuri care prezintă un număr moderat de simptome nevrotice. Uddenberg (1974) a observat o incidență de 20% de cazuri cu handicap mental sever reflectat într-o deteriorare notabilă a funcționării sociale și interpersonale la femei după patru luni de la naștere. Rezultate similare au fost obținute de Kunar și Robson (1978) în studiul lor asupra femeilor care au născut, unde 15% erau depresii clinice la 3 luni după naștere. Playfair și Gowers (1981) au găsit la fel o incidență crescută de 24% la mame care raportau puține simptome la aproximativ 3 luni după naștere și 10% din acestea aveau un număr de simptome. Printre primipare, 24% raportau depresii cu simptome și 33% doar dispoziție depresivă (Oakley & Chamberlain, 1981), iar Cox și colab. (1982) găsesc o rată a incidenței depresiei postnatale severe de 13% și de 16% depresii ușoare la femeile intervievate la 3 - 4 luni după naștere.

Depresiile psihotice sunt rare (1 la mie) dar din cauza severității lor sunt subiect de mare interes terapeutic și subiect de interes științific, în special cu privire la etiologia și nosologia lor.

SIMPTOMATOLOGIE

Perturbările emoționale ușoare observate imediat după naștere sunt caracterizate prin simptomatologia lor fluctuantă (Warborg Larsen 1991). Episodul de nefericire poate interveni în orice zi din prima săptămână post-partum, iar momentul incidenței celei mai mari nu este unanim acceptat. Aceasta duce la o incertitudine asupra simptomelor care să fie incluse în descrierea tristeței de maternitate. Cele mai frecvente simptome raportate sunt plânsul, anxietatea, depresia, oboseala și confuzia (Stein, 1982). În investigațiile asupra femeilor care suferă de depresii postnatale cele mai comune simptome și acuze au fost oboseala, lipsa energiei, tulburările de somn, folosirea hipnoticelor, iritabilitate, lipsa de

concentrare, dispoziție depresivă, perioade de plâns, simptome de anxietate și depersonalizare (Kumar și Robson, 1978). Femeile raportează gânduri depresive, autoblamare, scăderea stimei de sine, vinovăție și pesimism. Sentimentele de inadecvare și inabilitate de a face față la probleme, în special cu privire la copil sunt frecvente, iar dispoziția este adesea labilă, fiind mai accentuată seara. Sentimentul de vinovăție este adesea legat de autoreproșuri de a nu iubi sau îngriji destul copilul. Depresia a fost aproape întotdeauna acompaniată și uneori umbrită de anxietatea cu privire la copil. Multe femei raportează simptome somatice și frică de boală. Iritabilitatea a fost obținută uneori asociată cu sentimentul de vinovăție. Tulburările de somn au fost găsite într-o mare proporție (Pitt, 1968).

În studiul efectuat de Cox și colab. (1982) depresia găsită în 13% din eșantion afectează capacitatea femeilor de a se îngriji de sarcinile gospodărești provocând multe probleme familiei. Multe din aceste femei care aveau dificultăți în a se ocupa de copilul lor, erau excesiv de preocupate de sănătatea lor și se îndoiau de capacitatea lor de a fi bune mame. Nu au fost prezente iluzii, halucinații, lentoare psihomotorie sau gânduri serioase de suicid, dar deteriorarea relației maritale și libidoul redus sugerează că depresia postnatală este asociată cu o considerabilă vulnerabilitate familială. Simptomele descrise în studiile menționate mai sus sunt similare cu constatările altor cercetări (Kay & Nilsson, 1972; Uddenberg, 1974, Playfair & Gowers, 1981).

FACTORII ETIOLOGICI

1. FACTORI BIOLOGICI ȘI OBSTETRICALI

Până acum nu s-a găsit o evidență obiectivă a asocierii prezenței depresiei postnatale cu caracteristici obstetricale sau complicații ale nașterii (Kumar & Robson, 1978; Coz și colab. 1982). Totuși, un număr de diferite experiențe subiective, precum o istorie de avort timpuriu (Playfair & Gowers, 1981), îndoiele inițiale în legătură cu sfârșitul sarcinii (Kumar & Robson, 1978), o experiență a unei sarcini stresante (Playkel și colab. 1980), faptul de a nu fi fost la control în timpul sarcinii (Oakley & Chamberlain, 1981) au fost asociate cu depresia post-natală, toate indicând importanța experiențelor subiective legate de o sarcină și naștere stresantă mai mult decât de lucruri măsurabile.

Aproape la fel, investigațiile asupra rolului sistemului neuro-endocrin sau a sistemului neurotransmițătorilor în depresia post-partum nu au adus rezultate convingătoare. Kumar (1982) a raportat că aceste sisteme sunt fie fără importanță, fie nelegate de tulburarea depresivă.

Datorită profundelor schimbări endocrine ce se petrec și în timpul perioadei de sarcină și a nașterii, a fost firesc să se caute legături semnificative între aceste schimbări și cele psihosociale și psihopatologice apărute concomitent (Warborg Larsen, 1991). Totuși, nu au fost încă stabilite asemenea asociații simple.

S-au raportat mai multe observații care indică un rol jucat de schimbările hormonale. Într-un studiu asupra alăptării și a folosirii pilulelor contraceptive orale la depresive, simptomele depresiei au fost aproape de două ori mai numeroase la femeile care alăptau în exclusivitate decât la cele care alăptau doar parțial. Modelul alăptării nu a fost legat de clasa socială sau de alte variabile sociale, obstetricale sau psihiatrice. De asemenea, mamele care luau pilule contraceptive erau mai depresive decât cele care nu luau. Mamele cel mai puțin depresive erau cele care aveau cele mai apropiate nivele hormonale de normal (Alther & Cox, 1983).

2. FACTORI FAMILIALI

S-au stabilit asocieri între dificultățile maritale și depresiile post-partum (Oakley & Chamberlain, 1981; Playfair & Gowers, 1981, Kumar, 1982), factorul decisiv fiind un factor de vulnerabilitate în relația cu evenimente stresante adiționale (Paykel și colab. 1980). Femeile depresive se plâneau de o comunicare adecvată mai redusă și de lipsa ajutorului casnic din partea soțului, dar acești factori aveau semnificație la femeile care au suferit și evenimente de viață indezirabile.

Anumite tipuri de strespar în mod deosebit asociate cu depresia (Playfairs & Gowers, 1983) incluzând dificultățile personale cu soțul și rudele, bolile fizice ale mamei și problemele gospodăriei. În unele cazuri depresia poate fi interpretată ca o exteriorizare a unui stres interior mai fundamental sau a unei inadecvări pe care o persoană mai stabilă, în aceleași condiții, nu ar fi menționat-o. Dar valoarea prognostică a observației rămâne valabilă chiar dacă mama a raportat un agent cauzal real sau a indicat că ea percepe circumstanțele proprii ca stresante.

Anxietatea, sentimentul inadecvării sau inabilitatea de a face față îndatoririlor de mamă sunt trăsături importante ale depresiei postnatale, dar li s-a acordat o mică atenție științifică. Sunt necesare cercetări pentru a se vedea interacțiunea dintre mamele depresive și copiii lor și posibilele consecințe pe termen lung pentru dezvoltarea copilului (Lier, 1991).

3. FACTORI SOCIALI

Nu există asocieri clare între apariția depresiilor postnatale și statutul socio-economic (Pitt, 1968; Uddenberg 1974; Kumar & Robson 1978, Paykel și colab. 1980; Cox, Connor & Kendell, 1982). Pe de altă parte, este evident că evenimentele de viață severe, recente, problemele gospodărești și problemele sociale joacă un rol puternic în etiologia "depresiilor clinice ușoare" (Paykel și colab. 1980) și a "dispoziției depresive" (Oakley & Chamberlain, 1981). Asemenea evenimente de viață indezirabile fac distincția dintre femeile depresive și cele fără depresii, așa cum s-a stabilit într-o analiză de regresie multiplă făcută de Paykel și colab. (1980). Mai mult, faptul de a sta acasă cu copii mici fără o relație strânsă cu partenerul și de a-și fi pierdut mama înaintea vârstei de 11 ani, toate acestea fac femeia mai vulnerabilă (Brown & Harris, 1978).

4. FACTORI PSIHODINAMICI

În înțelegerea dezvoltării unei depresii postnatale s-au formulat un număr de explicații psihologice. O temă importantă a fost stresul psihologic legat de rolul și responsabilitatea maternității (Bardon, 1971). Strâns legat de aceasta este existența unei relații perturbate între mamă și copil, mai ales în copilăria timpurie (Frommer & O'Shea, 1973, Shereshefskz & Zarrow, 1973, Uddenberg, 1974; Kumar & Robson, 1978, Wolkind & Zajicek, 1983) și sentimente inacceptabile și fantezii despre mamă.

O altă problemă majoră este cea a ambivalenței asupra maternității care sporește riscul unor depresii postnatale ulterioare (Little și colab. 1982). De asemenea, o rejecție inconștientă a maternității poate duce la o asemenea reacție (Kaj & Nilsson, 1972). Perceperea unui insucces în îndeplinirea îndatoririlor de mamă poate fi un factor de contribuție. Marks (1980) găsește că depresia a fost cu atât mai pronunțată, cu cât a fost mai mare prăpastia dintre ideal și realitate.

RELAȚIA CU ALTE BOLI PSIHICE

Este evident că depresiile postnatale sunt asociate cu alte tipuri de boli psihice și tulburări psihologice și că relația este complexă. S-a dat o atenție specială problemei dacă o problemă psihiatrică anterioară predispozează la apariția unei depresii postnatale. Simptomatologia psihiatrică dinaintea sarcinii pare să faciliteze calea pentru reacții depresive ulterioare (Paykel și colab. 1980; Playfair & Gowers, 1981) indiferent de prezența stresorilor sau a psihopatologiei.

S-a raportat și o asociere între o psihopatologie anterioară și tulburările emoționale ulterioare în timpul sarcinii (Zajicek și Wolkind, 1987). Folosind problemele psihologice din timpul sarcinii ca un indicator pentru depresiile postnatale ulterioare, acestea au fost raportate mai ales în cazul unui înalt nivel al anxietății (Little și colab. 1981). Totuși, alții nu au găsit o asemenea asociație, din potrivă, mamele depresive au fost descrise ca neavând perturbări psihologice în timpul sarcinii.

Corelația dintre tristețea de maternitate, mai ales cazurile severe, și depresia postnatală a fost confirmată de mai multe cercetări, de exemplu Paykel și colab. (1980), Cox și colab. (1982). Când simptomatologia din timpul perioadei depresive postnatale a fost evaluată zilnic (Kendell și colab. 1981) s-a constatat că un înalt nivel al tulburării din ziua a 5-a a fost legată de depresia postnatală de mai târziu. Asemenea constatări arată că, în ciuda naturii tranzitorii a tristeții de maternitate, ea poate fi utilizată ca unul din indicatorii unei depresii ulterioare.

INTERNĂRILE PSIHATRICE

Majoritatea femeilor care au experimentat o depresie postpartum nu au beneficiat de un tratament psihiatric și chiar mai puține au fost internate într-o instituție psihiatrică. Într-un studiu multinațional asupra internărilor psihiatrice după naștere (Lier și colab. 1989) s-a arătat că incidența tulburărilor nonpsihotice solicitând internarea a fost scăzută imediat după naștere, dar arată o creștere gradată, cu o incidență maximă în al doilea an al vieții copilului. Mai mult, mamele cu o boală psihică arată un model al internărilor distinct față de cele cu tulburări nevrotice, indicând că factori diferiți par să contribuie la riscul internării.

CONCLUZII

Depresia nevrotică postpartum este o situație comună și dezabilitantă trăită de 20 până la 30% din femeile care nasc. Aproximativ 5% se simt încă depresive după un an de la data nașterii copilului. Se cunosc puține despre consecințele pentru viața familială. Problemele maritale par să fie un factor asociat. Consecințele de lungă durată pentru relația mamă-copil sunt relativ necunoscute. Totuși, sentimentul de inadecvare, sentimentele mixte asupra copilului, anxietatea și autoreproșurile sunt trăsături comune.

S-au găsit corelații privind:

1) Aspectele psihodinamice: Relațiile perturbate cu părinții, ambivalență față de copil și probleme anterioare psihiatrice au influență.

Asociația dintre anxietatea și depresia din timpul sarcinii și depresia postnatală a fost găsită în unele studii, iar în altele nu. Tristețea postpartum severă a fost găsită a fi totuși puternic asociată cu depresiile ulterioare.

2) Aspectele familiale: Conflictul marital, lipsa ajutorului din partea soțului și dificultăți în comunicare au fost corelate cu depresiile postnatale.

3) Evenimentele de viață stresante și problemele gospodărești sunt factori asociați. Suportul social și controlul personal sunt factori protectori.

4) O experiență subiectivă a unei sarcini stresante ca și a unei asemenea nașteri au fost găsite ca asociate cu depresiile postnatale, în timp ce complicațiile obiective ale sarcinii sau nașterii nu sunt asociate la fel.

Bibliografie

- Alther E.M, Cox J.L.** Breastfeeding and postnatal depression. *J Psychosom Research* 1983; 27 : 139 - 44.
- Bardon D, Puerperal depression.** *Psychomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*. 3. Int. Congr. London 1971. Basel: Karger, 1972.
- Breen D.** The birth of the first child. London: Tavistock, 1975.
- Brown G.W, Harris T.** Social origins of depression. London: Tavistock, 1978.
- Cox J.L, Connor Y, Kendell R.E.** Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br. J. Psychiat* 1982; 140 : 111 - 7.
- Davidson J.R.T.** Post-partum mood change in Jamaican women: a description and discussion on its significance. *Br. J Psychiat* 1972; 121 : 659 - 63.
- Frommer E.A, O'Shea G.** The importance of childhood experience in relation to marriage and family building. *Br J Psychiat* 1973; 123 : 157 - 60.
- Harris B. Maternity blues** (correspondence). *Br. J. Psychiat* 1980; 136 : 520 - 1.
- Kaj L, Nilsson Å.** Emotional and psychotic illness following childbirth. In: Howells J.G. (ed). *Modern perspectives in psycho-obstetrics*. Edinburgh: Oliver and Boyd, 1972.
- Kendell R.E, McGuire R.J, Connor Y, Cox J.L.** Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affective Disorders* 1981; 3 : 317 - 26.
- Kumar R, Robson K.** Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium: Preliminary report of a prospective study of 119 primiparae. In: Sander M (ed). *Mental illness in pregnancy and the puerperium*. London: Oxford University Press, 1978.
- Kumar R.** Neurotic disorders in childbearing women. In: Brockington L.F, Kumar R (eds). *Motherhood and mental illness*. London: Academic Press Inc., 1982.
- Lier L.** Postnatal depressions. EUR/ICP/MCH 128, Copenhagen: WHO, 1991.
- Lier L, Kastrup M, Rafaelsen O.J.** Psychiatric illness in relation to pregnancy and childbirth. II. Diagnostic profiles, psychosocial and perinatal aspects. *Nord. Psykiatr. Tidsskr.* 1989; 43: 535 - 42.
- Little B. C, Hagworth J, Benson P, Bridge L.R., Dewhurst J, Priest R.C.** Psychosocial antenatal predictors of postnatal depressed mood. *J Psychosomatic research* 1982; 26 : 419 - 28.
- Marks J.** Maternal depression - Who is at risk? *Health Visitor* 1980; 53 : 7 - 9.
- Nilsson A, Almgren P.E.** Paranatal emotional adjustment. A prospective investigation of 165 women. *Acta Psychiat Scand* 1970; suppl. 220 : 65 - 141.

- Oakley A, Chamberlain G.** Medical and social factors in postpartum depression. *J Obst Gynaecology* 1981; 1 : 182 - 7.
- Paykel E.S., Emms E.M. Fletcher J, Rassaby E.S.** Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiat* 1980; 136 : 339 - 46.
- Pitt B.** "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiat* 1968; 114 : 1325 - 35.
- Pitt B.** "Maternity blues". *Br J Psychiat* 1973; 122 : 431 - 3.
- Playfair H.R., Gowers J.I.** Depression following childbirth - a search for predictive signs. *J Roy Coll Gen Pract* 1981; 31 : 201 - 8.
- Robson K.** Depression: An anxious time. *Nursing Mirror* 1982; 154 : 14 - 17.
- Robson K. M., Kumar R.** Delayed onset of maternal affection after childbirth. *Br J Psychiat* 1980; 136 : 347 - 53.
- Saks B. R., Frank J.B., Lowe T.L., Berman W, Naftolin F, Cohen D.J.** Depressed mood during pregnancy and the puerperium: clinical recognition and implications for clinical practice. *Am J Psychiat* 1985; 142 : 728 - 31.
- Shereshefsky P.M, Yarrow L.J.** Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York: Raven Press, 1975.
- Stein G.S.** The pattern of mental change and body weight change in the first post partum week. *J Psychosomatic Research* 1980; 24 : 165 - 71.
- Stein G.S.** The maternity blues. In: Brockington F.F, Kumar R. (eds). *Motherhood and mental illness*. London: Academic Press, 1982.
- Uddenberg N.** Reproductive adaptation in mother and daughter. *Acta Psychiat Scand* 1974, suppl. 254.
- Warborg Larsen F.** The maternity blues. EUR/ICP/MCH 128, Copenhagen: WHO, 1991.
- Wolkind S, Zajicek C.E.** Adult psychiatric and childhood experiences. *Br J Psychiat* 1983; 143 : 188 - 91.
- Yalom I.D, Lunde DT, Moos R.H, Hamburg D.A.** "Postpartum blues" syndrome. *Arch Gen Psychiat* 1968; 18 : 16 - 27.
- Zajicek E, Wolkind S.** Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *Br J Med Psychol* 1978; 51 : 379 - 85.