Tytuł: Depresja i lęk w okresie ciąży jako czynnik ryzyka wcześniactwa oraz niskiej masy urodzeniowej – przegląd badań / Depression and anxiety during pregnancy as risk factors for preterm labour and low birth weight - literature review

Słowa kluczowe: psychologia kliniczna wcześniactwo depresja niska masa urodzeniowa
Keywords: low birthweight preterm birth depression clinical psychology

Autorzy:
dr Magdalena Chrzan-Detkos - Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański

Streszczenie:

Mimo iż temat depresji poporodowej jest dobrze zbadany i opisany w dostępnej literaturze medycznej, znacznie mniej wiadomo na temat depresji w okresie ciąży. Tymczasem badania pokazują, że ok. 12 procent kobiet doświadcza zaburzeń afektywnych w okresie ciąży.

Celem prezentowanego artykułu jest przegląd badań dotyczących związku depresji przedporodowej z komplikacjami okresu ciąży i porodu m.in. przedwczesnego porodu (według badań depresja dwukrotnie zwiększa ryzyko zakończenia ciąży przed 37 tygodniem ciąży) stanu przedrzucawkowego oraz niskiej masy urodzeniowej.

W artykule omawiane są również sposoby przesiewowej oceny stanu emocjonalnego ciężarnych, autorka zwraca uwagę na określone informacje z wywiadu z pacjentką, które mogą ułatwić lekarzowi ginekologowi ocenę stanu emocjonalnego i skierowanie do Poradni Zdrowia Psychicznego.

Abstract:

Although the postnatal depression is a well studied and described in the medical literature, much less is known about the antenatal depression. Meanwhile, studies show that approximately twelve percent of women experience mood disorders during pregnancy.

The aim of this article is to review research concerning the relationship between depression and antenatal complications of pregnancy and childbirth such as premature birth (according to research depression doubles the risk of termination of pregnancy before 37 weeks gestation) preeclampsia and low birth weight.

The article also discusses ways of screening the emotional state of pregnant women, the author draws attention to certain information from the interview with the patients, which could help gynecologists assess their emotional state and decide about further treatment.

Treść:

Badania populacyjne pokazuj?, ?e ok. 7% osób w ogólnej populacji [1] i 12% kobiet w ci??y do?wiadcza depresji klinicznej [2,3,4,5,6,7].

Nie leczona depresja mo?e mie? dramatyczne konsekwencje zarówno dla matki jak i dla dziecka. Depresja matki dwukrotnie zwi?kszaj? ryzyko wyst?pienia przedwczesnego porodu [8,9,10,11],

stanu przedrzucawkowego [12, 13], zwi?zan? jest z wi?kszym ryzykiem zachorowania na cukrzyc? [14].

Badania pokazuj? równie?, ze depresja wp?ywa na przebieg porodu: kobiety w depresji cz??ciej maj? cesarskie ci?cie oraz otrzymuj? znieczulenie zewn?trz-oponowe [15, 16]. Przeprowadzona w Kanadzie analiza ekonomiczna wyceni?a k nieleczonej depresji ci??arnych na 14 bilionów dolarów rocznie [17].

Depresja matki wp?ywa równie? na dziecko: noworodki maj? ni?sz? mas? cia?a, wi?ksze trudno?ci z regulacj? swojego zachowania, wi?ksze trudno?ci ze snem, chroniczn?, relatywnie wy?sz? aktywacj? w prawym p?acie czo?owym w badaniu EEG [18, 19, 20, 21]. Dodatkowo, znaczna cz??? kobiet, które mia?y depresje w okresie ci??y, choruje na depresj? poporodow? [22], co zwi?zane jest z pó?niejszym mniej optymalnym rozwojem dzieci.

Interdyscyplinarnie prowadzone badania próbowa?y pozna? mechanizmu wp?ywu depresji matki na jej stan zdrowia oraz przebieg ci??y. Badania pokazuj?, ?e neurochemiczne zmiany zwi?zane z depresj? prowadz? do zak?ócania adaptacji uk?adów: endokrynologicznego, odporno?ciowego i nerwowego do prawid?owego przebiegu ci??y [23, 24, 25]. W badaniach prowadzonych na populacji ogólnej u osób choruj?cych na depresj? zaobserwowano podwy?szony poziom bia?ka C-reaktywnego (CRP), cytokin IL-1 oraz IL-6 [26]. Badanie prowadzone w grupie pacjentek ci??arnych pokaza?y i?, markery stanu zapalnego i objawy depresji na pocz?tku i po?owie ci??y by?y ze sob? skorelowane (korelacje wielko?ci od 0.44 do 0.53) [16] . Wynik ten t?umaczy? mo?e zwi?zek depresji z przedwczesnym porodem: podwy?szony poziom CRP u matki jest predyktorem przedwczesnego porodu [16]. Bior?c pod uwag?, i? w 40% przypadków nie ma mo?liwo?ci poznania przyczyny przedwczesnego porodu – dochodzi do niego u zdrowych, nie do?wiadczaj?cych patologii ci??y kobiet [10] – niezdiagnozowana i nieleczona depresja kliniczna mog?aby wyja?nia? pewn? cz??? przypadków przedwczesnego porodu.

Nie tylko depresja, ale te? l?k i stres zwi?zane s? z wi?kszym ryzykiem krótszego czasu trwania ci??y. U kobiet do?wiadczaj?cych podwy?szonego l?ku zaobserwowano podwy?szony poziom kortykoliberyny (CRH) oraz cytokin. Zmiany te s? zwi?zane z przedwczesnym porodem [27, 28, 16]. Badania pokazuj?, ?e negatywne konsekwencje w postaci krótszego okresu trwania ci??y mo?e mie? nawet l?k uwa?any cz?sto za „rozwojowy” dotycz?cy samej ci??y, obaw dotyczacych sprawdzenia si? w roli rodzica, zmian ?yciowych [29, 30]. Badanie zespo?u Mancuso [30] pokaza?o, ?e ci??a kobiet do?wiadczaj?cych wy?szego poziomu niepokoju i wy?szego poziomu CRH trwa krócej ni? w przypadku kobiet z ni?szym poziomem CRH. Nag?y, bardzo silny stres np. ?mier? bliskiej osoby, atak terrorystyczny mog? doprowadzi? do zako?czenia ci??y przed 20 tygodniem ci??y (t.c.) [31].

L?k w okresie ci??y zwi?zany jest równie? z poznawczym i psychoruchowym funkcjonowaniem dziecka po porodzie [32, 33]. Badanie Davis i Sandmana [33] pokazuje, ?e konsekwencje stresu matki dla rozwoju p?odu zwi?zane s? z trymestrem ci??y: silny stres na pocz?tku ci??y (badany na podstawie kortyzolu w ?linie) zwi?zany jest z wolniejszym tempem rozwoju i ni?szym poziomem rozwoju psychoruchowego w 12 miesi?cu ?ycia; natomiast podwy?szony poziom stresu matki w trzecim trymestrze ci??y zwi?zany by? z szybszym tempem rozwoju niemowl?t oraz lepszymi wynikami rozwoju poznawczego. Podwy?szone w pierwszym trymestrze wyniki stresu specyficznego dla ci??y zwi?zane by?y z gorszymi wynikami dziecka w 12 miesi?cu ?ycia.

W ?wietle przegl?du literatury wa?ne wydaje si? zarówno profilaktyka jak i wczesna identyfikacja oraz leczenie pacjentek zmagaj?cych si? z podwy?szonym poziomem depresji jak i l?ku. W tabeli nr 1 zaprezentowano opracowane na podstawie cytowanej literatury, czynniki ryzyka wyst?pienia depresji w okresie ci??y, co mo?e u?atwi? lekarzom ginekologom jak i lekarzom pierwszego kontaktu identyfikacje potencjalnie wra?liwych pacjentek.

Pytanie dotycz?ce wcze?niejszego epizodu depresji, wsparcia spo?ecznego, poziom odczuwanego stresu, nasilenia l?ku dotycz?cego ci??y mog?yby u?atwi? lekarzom ginekologom identyfikacje potencjalnie wra?liwych kobiet.

Pomocne w diagnozie depresji mo?e by? te? proste i krótkie badanie kwestionariuszowe np. Edynburska Skala Depresji Poporodowej.

Przegl?d najnowszych bada? mo?e u?atwi? zalecenia odno?nie leczenia. Mimo zaobserwowanego mi?dzy 1996 a 2005 rokiem ponad dwukrotnego wzrostu przepisywania antydepresantów w okresie ci??y [34], np. w Szwecji z farmakologicznego leczenia depresji korzysta ok. 3% ci??arnych [35], istniej? sprzeczne dane dotycz?ce bezpiecze?stwa ich stosowania. Meta-analizy bada? zwracaj? uwag? na ich zwi?zek z poronieniami, , wadami wrodzonymi serca , oraz zmianami w zachowaniu noworodków np. wycofaniu z interakcji spo?ecznych [38] jak i przedwczesnym porodem [39]. Zwi?zek stosowania antydepresantów oraz przedwczesnego porodu by? znacz?cy, chocia? mniej istotny, nawet po uwzgl?dnieniu w analizach wp?ywu samej depresji [39].

Badania pokazuj? natomiast na efektywno?? krótkoterminowej, ograniczonej do 16 sesji psychoterapii interpersonalnej [40]. Ograniczeniem psychoterapii jest jednak jej dost?pno?? jak i brak wiedzy zwi?zany z t? form? leczenia. Badania pokazuj?ce na efektywno?? ogólnie dost?pnych jak i niekosztownych oddzia?ywa? takich jak np. wysi?ek fizyczny i relaksacji – relaksacja szczególnie zwi?zana by?a z obni?eniem poziomu stresu oraz niepokoju [40].

Meta-analiza bada? prowadzone przez zespó? Shilpa [41] pokaza?a, ?e ?wiczenie jogi zwi?zane by?o z obni?eniem odsetka przedwczesnych porodów, wewn?trzmacicznego opó?nienia wzrostu, niskiej masy urodzeniowej, zaburze? snu. Badania efektywno?ci jogi dla kobiet w ci??y oparte o zrandomizowane próby kliniczne pokaza?y ?e, ?wiczenia zwi?zane by?y z ni?szym odczuwaniem bólu i dyskomfortu zwi?zanego z ci??? oraz postrzeganym stresem.

Podsumowuj?c: przegl?d literatury ?wiatowej zwraca uwag? na konsekwencj? depresji przedporodowej wykraczaj?ce poza subiektywne cierpienie kobiety. Mo?liwo?? identyfikacji, profilaktyki oraz leczenia wydaje si? szczególnie istotna, gdy? badania potwierdzaj?, ?e w przypadku okresu oko?oporodowego w przypadku wyst?pienia zaburze? afektywnych mo?na mówi? u dwóch pacjentach: zarówno matce jak i dziecku.

Wnioski

1. ok. 12 % kobiet do?wiadcza depresji przedporodowej. Przegl?d literatury pokazuje, i? pacjentki te s? w grupie ryzyka przedwczesnego porodu, wyst?pienia stanu przedrzucawkowego, nadci?nienia oraz cukrzycy ci??owej. Po?owa z nich zachoruje na depresj? poporodow?.
2. Dane z wywiadu oraz zwrócenie uwagi na obecno?? tzw. „sygna?ów alarmowych” w historii pacjentek takich jak: wcze?niejszy epizod depresji, brak wsparcia spo?ecznego, deklarowany stres zwi?zany z relacjami z bliskimi osobami oraz przebiegiem ci??y s? czynnikami ryzyka wyst?pienia zarówno depresji przedporodowej jak i komplikacji okresu ci??y.
3. Przegl?d pi?miennictwa pokazuje i? zarówno krótkoterminowa psychoterapia interpersonalna, jak i nauka relaksacji (np. joga) lub wysi?ek fizyczny s? istotnie zwi?zane z obni?eniem objawów depresyjnych pacjentek.

Bibliografia

1. Gabbard G. Psychiatria psychodynamiczna, 2010. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiello?skiego.

2. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J-M, i in.: Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress. PLoS ONE 2007; 5(9): e12942. doi:10.1371/journal.pone.0012942

3. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I: Depressive symptoms in earlypregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. Arch Womens Ment Health 2004; 8: 97–104.

4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G i in.: Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005; 106: 1071–1083.

5. Benett H:Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103: 698–709.

6. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K: Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 148–154.

7. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI: Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989; 57:269-274

8. Dayan J, Orr ST, Miller CA: Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary fi ndings. Epidemiol Rev 1995; 17: 165–71.

9. Dayan J, Creveuil C, Marks MN i in.: Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. Psychosom Med 2006; 68(6):938-46

10. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R: Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75-84 doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4

11. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ: A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(10):1012-1024. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111

12. Wallis AB, Saftlas AF: Is there a relationship between prenatal depression and preeclampsia? Am J Hypertens 2009; 22: 345–346.

13. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O: Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000; 95: 487–490.

14. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL: Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. JAMA2009; 301 (8) 842-847.

15. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M: Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. Obstet Gynecol 2004; 04: 467–476.

16. Wu J, Viguera A, Riley L, Cohen L, Ecker J: Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 864–867.

17. O'Brien L, Laporte A, Koren G: Estimating the economic costs of anidepressant discontinuation during pregnancy. Can J Psychiatry 2009; 54 (6): 399-408.

18. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D: Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. Inf Beh Develop 2004; 27: 216–229.

19. Field T, Diego M, Largie S: Depressed mothers' newborns show longer habitation and fail to show face/voice preference. Inf Ment Health J 2002; 23: 643–653

20. Jones JA, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S: Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. Inf Beh Develop 1998; 21: 537– 541.

21. Jones JA, Field T, Fox NA, Lundy B, Davalos M: EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers. Dev Psychopathol 1997; 9; 491–505.

22. Leigh B, Milgrom J: Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 2008; 8: 24.

23. Coussons-Read ME, Lobel M, Carey JC, Kreither MO, D'Anna K, Argys LM, & Cole S: The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation. Brain Behav Imm 2012; 26: 650–659.

24. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD: Psycho- social stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. Brain Beh Imm 2007; 21: 343–350.

25. Coussons-Read ME, Okun ML, Schmitt MP, Giese S: Prenatal stress alters cytokine levels in a manner that may endanger human pregnancy. Psychosom Med 2005; 67: 625–631.

26. Howren MB, Lamkin DM, Sus J: Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. Psychosom Med 2009; 71: 171-186 doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907c1b

27. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Mazor M: The preterm parturition syndrome. BJOG; 2006; 113: 17–42.

28. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC: The contribution of maternal stress to preterm birth: Issues and considerations. Clinics in Perinatology 2011; 38, 351–384

29. Dunkel Schetter C: Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol 2011; 62, 531–558.

30. Mancuso RA, Dunkel Schetter CH, Rini CM, Scott CR: Maternal Prenatal Anxiety and Corticotropin-Releasing Hormone Associated With Timing of Delivery. Psychosom Med 2004; 66: 762–769.

31. Bruckner T, Catalano R, **Ahern J:** Male fetal loss in the U.S. following the terrorist attacks of September 11, 2001. *BMC Public Health*2010; 10(1): 273

32. Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK: Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. J Child Psychol Psychiatry 2003; 44(6) 81-88.

33. Davis EP, Sandman CA: The Timing of Prenatal Exposure to Maternal Cortisol and Psychosocial Stress is Associated with Human Infant Cognitive Development. Child Dev 2010; 81 (1), 131-138.

34. Bakker MK, Kolling P, Van Den Berg PB, De Walle H, van den Berg LT: Increase in use of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy during the last decade, a population-based cohort study from the Netherlands. Br J Clin Pharmacol 2007; 65(4): 600–606 doi:10.1111/j.1365-2125.2007.03048

35. Nakhai-Pour H, Broy P, Bérard A: Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. CMAJ 2010; 182: 1031–1037. doi: 10.1503/cmaj.091208

36. Pedersen LH, Henrikson TB, Vestergaard M, Olsen J, Bech BH: Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study

37. Grigoriadis S, Vonderporten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis Cli in. : Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. Bmj 2014;348: f6932. doi: 10.1136/bmj.f6932

38. Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R: Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. Lancet 2005; 365: 482–487. doi: 10.1016/s0140-6736(05)17865-9

39. Huybrechts KF, Sanghani RS, Avorn J, Urato A: Preterm Birth and Antidepressant Medication Use during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 2014; 9(3): e92778 9(3): e92778 doi : 10.1371/journal.pone.009277

40. Spinelli MG, Endicott J: Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. Am J Psychiatry 2003; 160:555-*562*.doi:10.1176/appi.ajp.160.3.555

41. Guszkowska M, Langwald M, Sempolska K: Influence of a relaxation session and an exercise class on emotional states in pregnant women. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2013; 31, 121–133.

42. Shilpa B, Parks-Savage AC, Chauhan SP : Yoga during Pregnancy: A ReviewAm J Perinatol 2012; 29:459–464