

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 pokazują, że ok. 7% osób w ogólnej populacji [1] i 12% kobiet w ciąży doświadcza depresji klinicznej [2,3,4,5,6,7].

Nie leczona depresja może mieć dramatyczne konsekwencje zarówno dla matki jak i dla dziecka. Depresja matki dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia przedwczesnego porodu [8,9,10,11],

stanu przedrzucawkowego [12, 13], zwiększan jest z większym ryzykiem zachorowania na cukrzycę [14].

Badania pokazują również, że depresja wpływa na przebieg porodu: kobiety w depresji częściej mają cesarskie cięcie oraz otrzymują znieczulenie zewnątrzoponowe [15, 16]. Przeprowadzona w Kanadzie analiza ekonomiczna wyceniła k nieleczonej depresji ciążowych na 14 bilionów dolarów rocznie [17].

Depresja matki wpływa również na dziecko: noworodki mają niższą masę ciała, większe trudności z regulacją swojego zachowania, większe trudności ze snem, chronicznym, relatywnie wyszłą aktywacją w prawym płacie czołowym w badaniu EEG [18, 19, 20, 21]. Dodatkowo, znaczna część kobiet, które miały depresję w okresie ciąży, choruje na depresję poporodową [22], co związane jest z późniejszym mniej optymalnym rozwojem dzieci.

Interdyscyplinarnie prowadzone badania próbowały poznać mechanizmu wpływu depresji matki na jej stan zdrowia oraz przebieg ciąży. Badania pokazują, że neurochemiczne zmiany związane z depresją prowadzą do zakłócania adaptacji układów: endokrynologicznego, odpornościowego i nerwowego do prawidłowego przebiegu ciąży [23, 24, 25]. W badaniach prowadzonych na populacji ogólnej u osób chorujących na depresję zaobserwowano podwyższony poziom białka C-reaktywnego (CRP), cytokin IL-1 oraz IL-6 [26]. Badanie prowadzone w grupie pacjentek ciążowych pokazało, że markery stanu zapalnego i objawy depresji na początku i po owocie ciąży były ze sobą skorelowane (korelacje wielkości od 0.44 do 0.53) [16]. Wynik ten tłumaczy może związek depresji z przedwczesnym porodem: podwyższony poziom CRP u matki jest predyktorem przedwczesnego porodu [16]. Biorąc pod uwagę, że w 40% przypadków nie ma możliwości poznania przyczyny przedwczesnego porodu – dochodzi do niego u zdrowych, nie doświadczaających patologii ciąży kobiet [10] – niezdiagnozowana i nieleczona depresja kliniczna mogłaby wyjaśniać pewną część przypadków przedwczesnego porodu.

Nie tylko depresja, ale też lęk i stres związane są z większym ryzykiem krótszego czasu trwania ciąży. U kobiet doświadczaających podwyższonego lęku zaobserwowano podwyższony poziom kortykoliberyny (CRH) oraz cytokin. Zmiany te są związane z przedwczesnym porodem [27, 28, 16]. Badania pokazują, że negatywne konsekwencje w postaci krótszego okresu trwania ciąży może mieć nawet lęk uważany często za „rozwojowy” dotyczący samej ciąży, obaw dotyczących sprawdzenia się w roli rodzica, zmian życiowych [29, 30]. Badanie zespołu Mancuso [30] pokazało, że ciąża kobiet doświadczaających wyższego poziomu niepokoju i wyższego poziomu CRH trwa krócej niż w przypadku kobiet z niższym poziomem CRH. Nagły, bardzo silny stres np. śmierć bliskiej osoby, atak terrorystyczny mogą doprowadzić do zakończenia ciąży przed 20 tygodniem ciąży (t.c.) [31].

Lęk w okresie ciąży związany jest również z poznawczym i psychoruchowym funkcjonowaniem dziecka po porodzie [32, 33]. Badanie Davis i Sandmana [33] pokazuje, że konsekwencje stresu matki dla rozwoju płodu związane są z trymestrem ciąży: silny stres na początku ciąży (badany na podstawie kortyzolu w ślinie) związany jest z wolniejszym tempem rozwoju i niższym poziomem rozwoju psychoruchowego w 12 miesiącu życia; natomiast podwyższony poziom stresu matki w trzecim trymestrze ciąży związany był z szybszym tempem rozwoju niemowląt oraz lepszymi wynikami rozwoju poznawczego. Podwyższone w pierwszym trymestrze wyniki stresu specyficznego dla ciąży związane były z gorszymi wynikami dziecka w 12 miesiącu życia.

W świetle przeglądu literatury ważne wydaje się zarówno profilaktyka jak i wczesna identyfikacja oraz leczenie pacjentek zmagających się z podwyższonym poziomem depresji jak i lęku. W tabeli nr 1 zaprezentowano opracowane na podstawie cytowanej literatury, czynniki ryzyka wystąpienia depresji w okresie ciąży, co może ułatwić lekarzom ginekologom jak i lekarzom pierwszego kontaktu identyfikację potencjalnie wrażliwych pacjentek.

Pytanie dotyczące wcześniejszego epizodu depresji, wsparcia społecznego, poziom odczuwanego stresu, nasilenia lęku dotyczącego ciąży mogłoby ułatwić lekarzom ginekologom identyfikację potencjalnie wrażliwych kobiet.

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

Przeegl?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 zespół 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: przeegl?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. Przeegl?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. Przeegl?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 findings. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 165–71.
9. Dayan J, Creveuil C, Marks MN 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. *JAMA* 2009; 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 antidepressant 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 habituation 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 CL 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 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. Guskowska 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 Review *Am J Perinatol* 2012; 29:459–464