

POGIMDYMINIŲ DEPRESINIŲ SUTRIKIMŲ ANKSTYVOJI DIAGNOSTIKA - EFEKTYVIOS PREVENCIJOS PAGRINDAS

Asta Dervinytė-Bongarzoni, Alvydas Navickas

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika

Raktažodžiai: pogimdyminė depresija, depresija su psichoze, antepartum depresija, postpartum depresija, rizikos veiksniai, prevencija.

Santrauka

Pogimdyminiu laikotarpiu depresiniai sutrikimai yra dažniausi moterų psichikos sutrikimai. Pogimdyminė depresija yra nehomogeniškas sutrikimas: skiriasi jos pradžia, klinikinis vaizdas ir sunkumo laipsnis. Ją sunku diagnozuoti, kadangi depresijos somatiniai simptomai: miego, apetito sutrikimai, nuovargis, negalėjimas susitvarkyti su kasdieniais darbais būdingi visų motinų, pradėjusių rūpintis naujagimiu, skundai. Laiku nenustatyta ir negydyta pogimdyminė depresija palieka sunkias ilgalaikes pasekmes ne tik moteriai, bet ir jos vaikui bei šeimai ir yra susirūpinimą kelinti visuomenės sveikatos problema.

Straipsnyje aptariama pogimdyminės depresijos nozologija, aprašyti rizikos veiksniai, pateikiami pogimdyminio periodo depresinių sutrikimų klinikinio vertinimo kriterijai, apžvelgiami efektyvios prevencijos aspektai. Pabrėžiama, kad ankstyvosios prevencinės priemonės (pradėtos nėštumo metu ir tęsiamos pogimdyminiu periodu) užkerta kelią pogimdyminės depresijos formavimuisi arba ženkliai palengvina sutrikimo požymius ir eiga.

Įvadas

Nėščiąjų ir pagimdžiusiųjų motinų nepsichoziniai vidutinio sunkumo ir sunkūs depresijos epizodai daro didelę įtaką su nėštumu susijusiam sergamumui ir mirtingumui, tačiau mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse motinų depresijos diagnostika ir gydymas išlieka nepakankamas [1]. Diagnostikos bei gydymo sunkumų priežastis Lietuvos populiacijoje tyrusi ir aprašiusi V. Danilevičiūtė (2006) kartu atskleidė ir šios problemos kompleksiskumą - depresijos diagnostikos bei gydymo netikslumą ir klaidų priežastis suskirstydama į 3 pagrindines grupes: 1) pacienčių, 2) medikų (psichikos sveikatos ir bendrosios sveikatos priežiūros)

ir 3) sveikatos priežiūros sistemos. Remdamasi ilgamete empirine patirtimi ji pastebėjo, jog dažna pacientė depresijos simptomus neigia, ignoruoja, daugiausia dėmesio skiria somatinio pobūdžio negalavimams, nepripažįsta buvusių ar negydytų depresijos simptomų. Ne visos pacientės turi galimybę kreiptis pagalbos į profesionalus ir nereta pacientė vartoja vaistus ne taip, kaip būna paskirta. Kita vertus, moteris baiminasi, kokį poveikį turės diagnozės stigma, kokie gali būti darbiniai apribojimai, ar keisis artimųjų bei kitų asmenų požiūris į asmenį, sirgusį depresija. Klinikiniame vaizde dominuojantys bendro pobūdžio skundai gali atitraukti gydytojo dėmesį nuo psichikos būklės nuodugnaus įvertinimo. Nepakanka informacijos apie nėštumo ir pogimdyminio periodo depresijos rizikos veiksnius, klinikinius ypatumus, gydymo būdus, dažnai gydytojams stinga laiko ligos anamnezei surinkti bei depresijos požymiams išsiaiškinti. Norint diagnozuoti depresiją, gydytojams stinga ir objektyvių klinikinių tyrimų. Per menkas koordinuoto akušerių-ginekologų, bendrosios praktikos gydytojų bei psichiatrų bendradarbiavimas teikiant priežiūrą ir pagalbą moteriai nėštumo metu bei po gimdymo [2].

Pogimdyminė depresija nėra vienaalytis sutrikimas. Sutrikimo pradžia, sunkumas, simptomai ir eiga yra labai įvairūs [3]. Depresijos sutrikimai yra biopsichosocialinės prigimties ir turi būti vertinami kompleksiskai.

Diagnostikos vadovo DSM-5 duomenimis, depresinio sutrikimo epizodas gali prasidėti tiek nėštumo metu (antenatalinė depresija), tiek ir po gimdymo (postpartum depresija), tačiau depresijos epizodai po gimdymo nustatomi 3,5 karto dažniau nei nėštumo metu [4]. Iš karto po gimdymo depresijos simptomai būna reti. Pirmąją ir antrąją dieną po gimdymo jie nustatomi tik 2,5 % gimdyvių. Manoma, kad pirmosiomis dienomis po gimdymo dar nebūna iki galo išryškėjęs efektas, susijęs su fiziologiniais pokyčiais ir dar nėra prasidėjęs stresas, susijęs su rūpinimusi kūdikiu sunkumais. Depresijos dažnumas ženkliai išauga per pirmus tris mėnesius po gimdymo. Pogimdyminė depresija nustatoma 19,2 % motinų. Apskritai pirmaisiais metais po gimdymo depresijos paplitimas svyruoja tarp 6,5% ir 12,9% [1]. Po-

gimdyminės depresijos paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies socioekonominio statuso: postpartum depresijos paplitimas didelės pajamos turinčiose šalyse siekia apytiksliai 10 %, o vidutinės ir žemos pajamos turinčiose šalyse 20 % moterų [1].

Praėjus 6 mėnesiams po gimdymo depresijos dažnis ima mažėti, praėjus metams - jis nebeišauga. Pogimdyminė depresija gali trukti keletą mėnesių [5].

Pogimdyminiu periodu moterims dažniausiai pasireiškia ikiklinikinės ir lengvos depresijos būklės: pogimdyminis liūdesys, motinystės melancholija, disforija, nuotaikos sutrikimai, tačiau kartais būna ir sunkios psichikos sutrikimo epizodas – pogimdyminė depresija su psichožės požymiais, ar tiesiog ūmi pogimdyminė psichožė [2].

Negydomas pogimdyminis liūdesys gali praeiti savaime, tačiau dažniau negydomi depresiniai sutrikimai įgija lėtinę eigą ir yra linkę sunkėti, kartu gilėja socialinės bei darbinės adaptacijos sunkumai, prisideda šeimos santykių perturbacija.

Ankstyvoji pogimdyminių depresinių sutrikimų diagnostika ir gydymas yra itin svarbu, kadangi laiku nenustatyta ir negydyta motinos depresija sutrikdo motinos- kūdikio prisirišimą ir daro žalą kūdikio emocinei bei kognityvinei raidai[6].

Straipsnio tikslas - aprašyti pogimdyminiu periodu pasireiškiančius depresinių sutrikimų rizikos veiksnius, klinikinius ypatumus bei prevencijos principus.

Darbo objektas ir metodologija

Mokslinių duomenų bazėse PubMedCentral, pagal straipsnio raktinius žodžius: antepartum depresija, postpartum depresija, pogimdyminė depresija, depresija su psichoze - atlikta mokslinių straipsnių paieška. Remiantis paskelbtų tyrimų duomenimis, nagrinėti pogimdyminio periodo depresinių sutrikimų rizikos veiksniai, klinikiniai ypatumai, diagnostinės kategorijos, efektingos prevencijos intervencijos. Straipsnyje pateikiami duomenis apibendrinantys rezultatai.

Pogimdyminio periodo psichoorganiniai ypatumai.

Medicininis požiūris nėštumo ir pogimdyminis laikotarpis yra fiziologinė būklė, tačiau kartu tai unikalūs psichoorganinis persitvarkymo periodas, kurio metu vyksta audringi neuroendogeniniai pokyčiai, moters socialinio vaidmens kaita bei psichologinis prisitaikymas. Hormonų pokyčiai nulemia neįprastus nuotaikos svyravimus bei tam tikrą fizinį diskomfortą visoms pagimdžiusioms moterims [2,3]. Hormonų pusiausvyrą paprastai atsistato tik praėjus 6 mėnesiams po gimdymo [3]. Kai kurie tyrėjai spėja, kad hormonų pokyčiai nėštumo metu didina moters pažeidžiamumą pasireikšti pirmam depresijos epizodui ar pasikartojančios depresijos atkryčiui [17,18]. Pavyzdžiui, nėštumo metu susilpnėjusi atmintis ir sumažėjęs nerimas siejamas su progesteronu ir

gliukokortikoidais. [1]. Šiuo laikotarpiu moteris tampa ypač jautri neigiamiems psichosocialinės aplinkos veiksniams. Dėl savitų klinikinių ypatumų sunku atskirti depresiją nuo kitų pogimdyminiu periodu pasireiškiančių tiek psichikos, tiek ir somatinių sutrikimų, depresiškas motinas nuo sveikų, kadangi klinikoje neretai vyrauja somatinio pobūdžio nusiskundimai: apetito pokyčiai, ypač apetito praradimas, nuovargis ir nutrūkstantis miegas, susijęs su kūdikio priežiūra, sunkumas susitvarkyti su rutininiais darbais, kurie yra būdingi visoms moterims pogimdyminiu periodu. Pavyzdžiui, šiam periodui būdingi miego sunkumai gali nulėmti disforišką nuotaiką ir kognityvinių funkcijų pokyčius. O dėmesio sukaupimo sunkumai ir kognityviniai pokyčiai savo ruožtu yra ir nuotaikos sutrikimo požymiai. Taip pat būtina įvertinti galimo piktnaudžiavimo svaigalais pasekmes bei kitų somatinių ligų (pvz. skydliaukės pažeidimų) galimai sukeltus nuotaikos sutrikimus [3]. Somatogeninių pokyčių fone sąlygiškai pakeliami psichogeniniai veiksniai gali išprovokuoti pirmą nuotaikos sutrikimų epizodą, sukelti persirgtos depresijos atkrytį ar išryškinti kitus latentinius psichikos sutrikimus.

Pogimdyminių depresijos sutrikimų rizikos veiksniai

Ženkliam prenatalinės depresijos paplitimui daro įtaką įvairūs rizikos veiksniai, įskaitant pagausėjusius somatinius simptomus [1,7], intymaus partnerio smurtą [8], socialinio palaikymo spragas [9], nelauktą neštumą [11,12] ir didelę depresijos atkryčio tikimybę perinataliniu periodu [1,11].

Prievarta vaikystėje. Blogas elgesys su vaikais yra sunkus ankstyvojo gyvenimo periodo stresorius, apimantis visas fizinės, seksualinės ir psichologinės prievartos formas ir keliantis žalą vaiko sveikatai, raidai ar orumui [1]. Vaikų prievarta paprastai eina kartu su vienu ar keletu blogo elgesio tipų - vaiko nepriežiūra ar emocine prievarta. Blogas elgesys su vaikais, ypač seksualinė prievarta, turi potencialiai ilgą poveikį perinatalinės depresijos pradžiai ir eigai. Nėščios moterys, vaikystėje patyrusios prievartą, turi didelę psichikos, miego sutrikimų riziką, sveikatai rizikingam elgesiui. Atliktuose tyrimuose, analizuojančiuose ryšį tarp prievartos ir perinatalinės depresijos žemas pajamas turinčiose šalyse, nustatyta, kad vaikystėje prievartą patyrusios moterys turi didelę riziką susigrįti antepartum depresija [1].

Prievarta suaugusiosios amžiuje. Intymaus partnerio smurtas, apimantis fizinę, psichologinę ir seksualinę prievartą, yra dažnai pasitaikanti moterų prievartos patirtis visame pasaulyje. Moterys, kurios patiria intymaus partnerio smurtą, dažnai yra patyrusios prievartą vaikystėje. Literatūra nurodo, kad jaunos merginos, kurios vaikystėje patyrė prievartą, daug dažniau ir ateityje suaugusiųjų amžiuje patiria reviktimizaciją [13]. Nėščios moterys, kurios buvo patyru-

sios prievartą, ženkliai dažniau susirgdavo antepartum depresija. Tikimybė susirgti pogimdyvine depresija išauga 80% moterims, patyrusioms prievartą ir ypač toms, kurios patiria kombinuotą (emocinę, seksualinę ir fizinę) prievartą, kai prievartos ir smurto veikos buvo įvykdytos neseniai ir kai jas įvykdė artimas ar pažįstamas aukai asmuo. Depresijos rizika kiek mažesnė toms moterims, kurios patyrė vien emocinę, seksualinę ar fizinę prievartą, kurią įvykdė nepažįstamas smurtautojas praicityje [14]. Mechanizmas, kuris sudaro pagrindą moteriai, patiriančiai intymaus partnerio prievartą, susirgti perinataline depresija apima socialinę, emocinę ir fizinę izoliaciją, separaciją, nuostolius/netektis, prievartautojo elgesio nenuspėjamumas prievartaujamos moters atžvilgiu [19,20].

Suprantama, kad programos, skirtos palengvinti negydomos antepartum ir postpartum depresijos našta turi apimti visus galimus stresorius, taip pat ir apsaugą nuo intymaus partnerio prievartos [1].

Kiti rizikos veiksniai. Be vaikystėje išgyventos prievartos ir intymaus partnerio smurto pagrindiniams antepartum ir postpartum depresijos rizikos veiksniams priskiriama žemas motinos išsilavinimas, žemas socioekonominis statusas nėštumo periodu, socialinio palaikymo stoka ar spragos, psichikos sutrikimai anamnezėje [1].

Pogimdyminės depresijos rizikos tyrimuose toliau tyrinėjamos rizikos veiksnių tarpusavio sąveikos ir vertinama jų daroma įtaka stresui, kurį išgyvena moteris perėjimo į motinos vaidmenį laikotarpiu. Pavyzdžiui, vienišos, jaunos, pirmą kartą gimdžiusios mamos socioekonominis statusas paprastai yra ženkliai žemesnis (žemas išsilavinimas, motinos neužimtumas/bedarbystė). Ji savo ruožtu dažnai susijęs su socialinio palaikymo trūkumu, žema saviverte, neplanuotu nėštumu bei finansinio palaikymo stoka [11]. Remiantis šiomis tyrimo išvadomis, žemos motinos pajamos buvo priskirtos specifinių rizikos veiksnių grupei [6].

Tyrimais nustatytas pogimdyminės depresijos ryšys su moters miego sutrikimais pirmajame nėštumo trimestre. Kūdikio miego sutrikimai - taip pat galimas motinos ankstyvojo pogimdyminio periodo pogimdyminės depresijos rizikos veiksnys. Nepaisant nuoseklių duomenų apie motinos depresijos sąryšį su kūdikio miego sunkumais, priežastinė trajektorija iki šiol lieka nenustatyta - vos kelios studijos yra tyrinėjusios kūdikio miego sutrikimų ir motinos depresijos ryšį [22].

Kanadoje (2013) tyrinėtas postpartum depresijos ryšys su gyvenama vieta ir išsiaiškinta, kad yra ženklūs skirtumai tarp svarbių rizikos faktorių (imigranto statu-

sas, smurtas artimoje aplinkoje, sveikatos ir socialinio palaikymo, gyvenamosios vietos). Nustatyta, kad Kanados miestuose postpartum depresijos paplitimas buvo ženkliai didesnis nei kitose gyvenvietėse [21].

Pastebėtas kumuliacinis rizikos veiksnių efektas: tikėtina, kad daugybinių rizikos veiksnių deriniai didina stresą, kurį patiria pirmą kartą pagimdžiusi moteris įsitraukdama į motinos vaidmenį. Nustatytos aukštos vidinės koreliacijos tarp pajamų, išsilavinimo, darbinės ir santuokinės padėties [6].

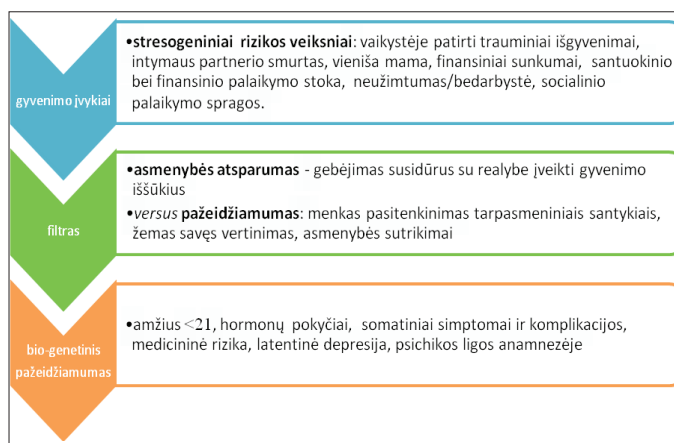
Kiekvienu atveju rizikos veiksnius būtina vertinti individualiai, analizuoti rizikos veiksnių derinius, atsižvelgti į skirtingą kultūrinę, socialinę, šeimos aplinką, kuri gali daryti skirtingą įtaką besilaukiančios moters sveikatai. Tų moterų, kurios būna nerimastingos tiek nėštumo metu, tiek po gimdymo, emocinės būklės kitimas turi būti išskirtinai atidžiai stebimas, mat moters padidintas jautrumas nerimui greitai gali virsti patologiniu nerimu, o vėliau pereiti į depresiją. Kai kurie tyrėjai nerimą laiko urgentiniu simptomu, parodančiu, kad būtina nedelsiant suteikti pagalbą [15]. Ypač didelis dėmesys turi būti skirtas moterims, kurios jau yra sirgusios depresija, nėštumo metu išsako suicidines mintis ar yra patyrusios fizinę prievartą.

Remdamiesi biopsichosocialiniu psichikos sutrikimų genezės modeliu [23] parengėme pogimdyminės depresijos patogenezės schemą (1 lentelė).

Pogimdyminių depresinių sutrikimų diagnostinės kategorijos ir komorbidiškumas

Pogimdyminių depresinių sutrikimų klasifikacija nėra vieninga. Mokslo literatūroje psichikos ir elgesio sutrikimai klasifikuojami remiantis 2 pagrindinių diagnostinių kategorinių sistemų kriterijais: Tarptautine statistine ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, dešimtają redakcija (TLK-10) ir Diagnostiniu ir statistiniu psichikos sutrikimų vadovu (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

1 lentelė. Pogimdyminės depresijos patogenezės schema



DSM-IV), kurį 2016 m. pakeitė DSM – 5 versija [4].

Diagnozuoti pogrindymine depresija galima tik tuomet, kai yra surenkama reikiama didžiosios depresijos epizodo DSM-5 kriterijų suma. Individas turi būti arba depresiškos nuotaikos, arba praradęs domėjimąsi ar malonumą kasdienėse veiklose ne mažiau kaip 2 savaitių laikotarpiu. Nu-

2 lentelė. Depresijos epizodo kodavimas pagal TLK-10-AM

Kodas	Depresijos epizodas
F32	Depresijos epizodas
F32.0	Lengvos depresijos epizodas
F32.00	Lengvos depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu
F32.01	Lengvos depresijos epizodas, atsirandantis postnataliniu periodu
F32.1	Vidutinio sunkumo depresijos epizodas
F32.10	Vidutinio sunkumo depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu
F32.11	Vidutinio sunkumo depresijos epizodas, atsirandantis postnataliniu periodu
F32.2	Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų
F32.20	Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu
F32.21	Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų, atsirandantis postnataliniu periodu
F32.3	Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais
F32.30	Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu
F32.31	Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais, atsirandantis postnataliniu periodu
F32.9	Nepatikslintas depresijos epizodas
F32.90	Nepatikslintas depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu
F32.91	Nepatikslintas depresijos epizodas, atsirandantis postnataliniu periodu
F33.0	Pasikartojantis depresinis sutrikimas, lengvos depresijos epizodas
F33.1	Pasikartojantis depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo depresijos epizodas
F33.2	Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų
F33.3	Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais
Kodas	Kitos depresijos kategorijos
F20.4	Pošizofreninė depresija
F31.3	Bipolinis afektinis sutrikimas, lengva arba vidutinio sunkumo depresija
F31.4	Bipolinis afektinis sutrikimas, sunki depresija be psichozės simptomų
F31.5	Bipolinis afektinis sutrikimas, sunki depresija su psichozės simptomais

taika turi būti pakeitusi asmens normlią nuotaiką. Bloga nuotaika turi daryti negatyvų poveikį socialinėms, užimtumo, edukacinėms ir kitoms svarbioms veikloms. Taip pat depresijos epizodo metu turi būti nustatyti 5 iš 9 simptomų: 1) didžiąją dienos dalį beveik kiekvieną dieną subjektyviai jaučiama (pvz., jaučiasi liūdnas, tuščias arba beviltiškas) arba kitų pastebima prislėgta nuotaika (pvz., atrodo liūdnas,

3 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuojami kitur (TLK-10 AM)

F53.0	Lengvi psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur	Depresija postnatalinė, neklasifikuojama kitaip, Depresija po gimdymo, neklasifikuojama kitaip.
F53.1	Sunkūs psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur	Psichozė po gimdymo, neklasifikuojama kitaip
F53.8	Kiti psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur	Po gimdymo: nusiminimas, disforija, nuotaikos sutrikimas, liūdesys, neklasifikuojama kitaip
F53.9	Nepatikslintas psichikos sutrikimas laikotarpiu po gimdymo	

4 lentelė. Pagrindiniai klausimai postpartum depresijai išsiaiškinti
Šaltinis: Sorbo et al. BMC Pregnancy and Childbirth, 2014, 14:316

		Taip, nuolatos	Taip, kartais	Retai	Ne, niekad
1.	Ar labai sau priekaištaujate, kai kažkas vyksta blogai, ar ne taip kaip norėjote?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ar buvote nerimastinga, susirūpinusi be jokios priežasties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ar teko be priežasties baimintis ar panikuoti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ar buvote tokia nelaiminga, kad kilo miego sunkumų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ar būdavote prislėgta ar nelaiminga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ar būdavote tokia nelaiminga, jog verkdavote?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

verksmingas); 2) žymiai sumažėjęs pasitenkinimo jausmas visoje veikloje arba beveik visoje veikloje didžiąją dienos dalį beveik kiekvieną dieną (kaip nurodo patys pacientai ar pastebi kiti); žymiai sumažėję interesai ar malonumai visose arba beveik visose veiklose, didžiąją dienos dalį, beveik kiekvieną dieną (kaip nurodyta paties subjekto arba stebint kitiems); 3) ryškus kūno masės praradimas nesilaikant dietų arba kūno masės augimas (pvz., daugiau nei 5 % kūno masės pokytis per mėnesį), arba sumažėjęs ar padidėjęs apetitas beveik kiekvieną dieną; 4) nemiga arba mieguistumas beveik kiekvieną dieną; 5) psichomotorinis sujaušinimas ar slopinimas beveik kiekvieną dieną (pastebimas kitų; ne vien tik subjektyvūs nerimo ar sulėtėjimo pojūčiai); 6) nuovargis arba energijos stoka beveik kiekvieną dieną; 7) menkavertiškumo ar perdėtas / arba neadekvačios kaltės jausmas (kuris gali būti kliedesinis) beveik kiekvieną dieną (ne tik priekaištai sau arba kaltė dėl ligos); 8) sumažėjęs gebėjimas mąstyti arba susikoncentruoti, arba neryžtingumas, beveik kiekvieną dieną (kaip nurodyta paties subjekto arba stebint kitiems); 9) pasikartojančios mintys apie mirtį (ne tiesiog baimė numirti), pasikartojančios mintys apie savižudybę be tam tikro plano arba bandymas nusižudyti ar konkretūs savižudybės planai (ne tik mirties baimė) [4].

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje šiuo metu galioja Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos Australijos modifikacija (TLK-10-AM), todėl klinikinėje praktikoje, pasinaudojus DSM-5 diagnostinio vadovo kriterijais, tenka konvertuoti į TLK-10-AM klasifikacijos šifrus. Depresinius sutrikimus, išryškėjusius po gimdymo, rekomenduojama diagnozuoti remiantis TLK-10-AM F skyriaus „Nuotaikos [afektiniai] sutrikimai“ kodais (2 lentelė).

Jei šioms diagnostinėms kategorijoms nustatyti požymių nepakanka, psichikos ir elgesio sutrikimai pogimdyminiu periodu diagnozuojami remiantis F53 skyriaus „Pogimdyminio laikotarpio psichikos ir elgesio sutrikimai, neklasifikuojami kitur“ kategorijomis (3 lentelė). Šio skyriaus kodus rekomenduojama taikyti tik tokiems psichikos sutrikimams, kurie susiję su pogimdyminiu laikotarpiu, t. y. išryškėjusiams per 6 savaites po gimdymo, bei neatitinkantiems kitiems šioje klasifikacijoje aprašytiems psichikos sutrikimams dėl informacijos trūkumo arba dėl papildomų klinikinių požymių, kuriems esant, tų diagnostikos kategorijų negalima taikyti.

Literatūroje plačiausiai analizuojami trys pogimdyminio periodo nuotaikos (afektiniai) sutrikimai: pogimdyminis liūdesys, pogimdyminė (postpartum) depresija ir pogimdyminė psichozė.

Pogimdyminis liūdesys. Pogimdyminis liūdesys yra praeinantis nuotaikos sutrikimas, kai pasireiškia tik dalis depresijai būdingų požymių. 15-85% motinų pogimdyminis liūdesys nustatomas per pirmąsias 10 dienų po gimdymo .

Dažniausiai simptomai: baimingumas, nerimastingumas, emocinis labilumas, dirglumas, verksmingumas, nuovargis ir sumaištis. Kartu padidėjęs jautrumas tarpasmeniniams santykiams, nemiga ir kartais pakili nuotaika, lengva egzaltacija. Šie požymiai nesutrikdo motinos bendro funkcionavimo. Antrą savaitę simptomai pradeda švelnėti, blankti ir praeina savaime, tačiau liūdesį nustatyti svarbu, kadangi jis yra vėliau prasidėsiančios pogimdyminės depresijos prediktorius [26].

Identifikuoti kai kurie pogimdyminio liūdesio rizikos veiksniai: antenatalinė depresija; ankstesnė depresija, nesusijusi su nėštumu; persirgta priešmenstruacinė disforija.

Kai kuriais atvejais pogimdyminis liūdesys gali užtrukti ir ilgesnį laikotarpį - tęstis ir ketvirtą ar penktą savaitę po gimdymo, ligiausia - iki aštuntos pogimdyminės savaitės. Ilgiau užsitęsusių pogimdyminį liūdesį jau reikėtų laikyti depresija, nors kai kurie klinicianai tokią būklę siūlo vadinti komplikuoju pogimdyminiu liūdesiu.

Remiantis TLK-10-AM kriterijais pogimdyminis liūdesys nustatomas, kai jo požymiai pasireiškia per pirmąsias 6 savaites po gimdymo [4].

Pogimdyminė depresija. Depresija yra viena iš dažniausių pogimdyminių komplikacijų: atlikus metaanalizę apžvalgą nustatyta, kad pirmąsiais metais po pirmojo gimdymo apie 13% moterų išgyvena depresijos epizodą.

Pogimdyminė depresija gali prasidėti per pirmus 6 mėnesius po gimdymo ir trukti keletą mėnesių ar net metų [33]. Ši depresija gali būti pirmoji moters gyvenime arba pasikartoti moterims, kurios anksčiau jau yra sirgusios depresija ar kitais emociniais sutrikimais. Būdinga, kad šiomis ligomis serga ir artimi moters giminaičiai [2]. Pasikartojančios depresijos epizodas pogimdyminiu periodu paprastai būna pats sunkiausias iš visų jau patirtų depresijos epizodų.

Taigi, tais atvejais, kai moteris jau yra sirgusi depresija, rizika, kad depresija vėl kartosis, yra didesnė.

Pogimdyminė depresija siejama su moters organizmo psichologiniu ir biologiniu pažeidžiamumu po gimdymo. Manoma, kad postpartum depresija gali būti susijusi su skirtingu moters jautrumu hormonų svyravimams. Normalūs hormonų svyravimai nėštumo metu ir po gimdymo keičia miego ritmą. Sumažėjęs progesterono kiekis ankstyvuojų pogimdyminiu periodu skatina nemigą. Pirmąsiais mėnesiais po gimdymo sumažėja miego efektyvumas, miegant padaugėja lėtų bangų. Hormonų ir miego pokyčiai pirmųjų 3 mėn. po gimdymo laikotarpiu yra galimas pogimdyminės depresijos rizikos faktorius [33].

Pogimdyminė depresija yra sunkesnė, labiau varginanti būseną nei pogimdyminis liūdesys [33]. Sergančios moterys būna nusiminusios, liūdnos, prislėgtos, greit pravirksta, išgyvena nepilnavertiškumo jausmą, nerimą, sumišimą ir

nuovargi. Taip pat jas vargina fiziniai negalavimai: galvos skausmas, sustingulys, krūtinės skausmas ir hiperventiliacija [33]. Be to, sutrinka miegas ir apetitas, stinga energijos, tampa sunku sutelkti dėmesį [26]; gali nedžiuginti kūdikis, jį gali save laikyti bloga motina, nesugebančia pasirūpinti vaiku, gali kilti minčių, kad jį neverta būti motina, kad visiems būtų geriau jai mirus [2]. Gali kilti suicidalinės ir infanticidinės mintys. Be to, kai pati moteris išgyvena sutrikimą ir disstresą, postpartum depresija daro neigiamą poveikį ir palieka pasekmes depresiškų motinų vaikams. Postpartum depresija riboja motinos vaidmens galimybes: susilpnėja reagavimo į kūdikių signalus galimybės; depresiškos motinos anksčiau nutraukia maitinimą krūtimi arba visai jo atsisako; joms sunku laikytis rekomenduojamų saugumo taisyklių (pavyzdžiui, naudoti automobilyje vaikui skirtą sėdynę); jų vaikai rečiau gauna prevencines medicinines paslaugas ir rečiau vakcinuojami. Depresiškų mamų kūdikiai būna mažiau socializuoti, sunkiai reguliuoja emocijas, stebimas augantis negatyvus emocionalumas, nustatomas aukštas kortizolio reaktyvumas. Motinos, segančios pogimdyminę depresiją, vaiko atžvilgiu gali tapti ambivalentiškos, nepalankios ar nebesuinteresuotos. Tai daro neigiamą įtaką motinos ir vaiko ryšio formavimuisi. Dažni motinos ir vaiko prisirišimo sutrikimai (dažnas kūdikio atstūmimas, nepriėmimas ir užgaulus elgesys). Postpartum depresija taip pat yra susijusi su laigalaidžių kognityvinių sutrikimų rizika, emociniais ir elgesio sutrikimais [33,34].

Pogimdyminė depresija su psichoze. Pogimdyminės depresijos su psichoze metu stebimas psichomotorinis sutrikimas, depresinės ruminacijos, suglumimas, sumišimas, kognityviniai sutrikimai ir nuotaiką atitinkantys kliedesiai. Būklės skunkumą lemia kliedesių būklė, sutrikęs realybės testavimas ir impulsų kontrolės stoka, kognityvinio lankstumo spragos, kritikos stoka priimančias sprendimus prisideda prie su šiuo sindromu susijusių kriminalinių veikų [12].

Pogimdyminiai nuotaikos (depresijos ar manijos) sutrikimo epizodai su psichozės elementais pasireškia nuo 1 iš 500 iki 1 iš 1000 gimdymų ir yra labiau paplitę tarp pirmą kartą gimdžiusių moterų [4]. Po gimdymo pasitaikančių epizodų su psichozės elementais rizika ypač padidėja moterims su anksčiau buvusiais pogimdyminiais nuotaikos sutrikimo epizodais, bet taip pat yra padidėjusi ir toms, kurios sirgo depresiniu arba bipoliniu sutrikimu (ypač I tipo bipoliniu sutrikimu), ir moterims, kurių šeimos istorijoje yra nustatytas bipolinis sutrikimas.

Jei moteris po gimdymo turėjo pogimdyminį epizodą su psichozės elementais, jo pasikartojimo rizika kiekvienam sekančiam kitam gimdymui yra tarp 30% ir 50% [2].

Pogimdyminė (postpartum) psichoze. Pogimdyminė psichoze pasitaiko 1-2/1000 pagimdžiusių moterų. Būdinga

ūmi pradžia, prasidedant 1-4 savaitę po gimdymo. Tais atvejais, kai moteris turi giminaičių, sirgusių psichoziniais sutrikimais arba jai anksčiau jau buvo psichoze po gimdymo, ligos kartojimosi rizika po kito gimdymo siekia 30-50 proc. [2]. Pogimdyminė psichoze dažniausia yra viena iš bipolinio sutrikimo formų arba pasireiškia segant šizofrenija. Kitos bipolinio sutrikimo formos, tokios kaip depresijos fazė, taip pat turi būti įvertintos [35, 36]. Dažniausia 2-3 dieną po gimdymo pacientėms pradeda ryškėti nerimas, džiugi nuotaika, nemiga. Formuojasi būklė, kuri esti panaši į hipomaniją. Neretai į tokius simptomus neatkreipiama dėmesio, manoma, kad tai didelis džiaugsmas gimus kūdikiui [2]. Netrukus išryškėja paranoidiniai, didybės ar keisti, įmantrūs (angl. *bizarre*) kliedesiai, haliucinacijos (klausos, ypač įsakomosios, regos, lytėjimo, uoslės), nuotaikų svyravimai, sutrinka mąstymas, nuovoka tampa skurdi, elgesys dezorganizuotas. Visa tai sunkiai sutrikdo pacientės prieš tai buvusį funkcionavimą. Nerimas ir sumišimas derinyje su įžvalgų praradimu savo ligos ir simptomų atžvilgiu gali sukelti sukrečiančias pasekmes: kyla pavojus pačios motinos ir jos kūdikio saugumui. Todėl atidus ir pakartotinis motinos pagrindinių simptomų vertinimas, saugumo užtikrinimas yra privalomas. Gydymas skiriamas atsižvelgiant į pagrindinius simptomus, bipolinio sutrikimo diagnozę, simptomų ūmumą, atsaką į ankstesnį gydymą, vaistų toleranciją ir maitinimo krūtimi pirmenybę. Skiriami maniją slopinantys vaistai, atipiniai antipsichoziniai preparatai ir elektrokonvulsinė terapija. Skubi ir tiksli pogimdyminės psichozės diagnostika yra esminė norint skirti tinkamą gydymą stacionare, išvengti vėlesnių ligos epizodų ir sumažinti riziką motinai, vaikui ir šeimai. [35, 36].

Komorbidiškumas. Postpartum depresija neretai gali pasireikšti kartu su generalizuotu nerimo sutrikimu, panikos sutrikimu ir obsesiniu kompulsiniu sutrikimu. Asmenybės sutrikimai yra dažniau sutinkami tarp postpartum depresija segančiųjų nei tarp nesergančiųjų, ir dauguma depresijos simptomų būna šio sutrikimo paryškinti [1].

Depresinių sutrikimų klinikinė diagnozė nustatoma tik atlikus nuoseklų klinikinį vertinimą.

Pogimdyminių depresijų klinikinis vertinimas

Klinikinis vertinimas yra pagrindinis diagnostikos etapas. Svarbu visapusiškai ir nuodugnai surinkti anamnezės duomenis, siekti išsiaiškinti galimus aplinkos rizikos veiksnius, taip pat, nepažeidžiant asmens duomenų konfidencialumo principo, stengtis surinkti kuo daugiau duomenų iš ligonės artimųjų.

Pagrindinis diagnostinis klausimas pagal Frances (2014): „Ar kada esate buvusi tokia prislėgta, kad nebeįstengėte atlikti įprastų kasdinių darbų?“ [41].

Sørbo su bendraautorais (2014) išskyrė 6 pagrindinius klausimus depresijai nustatyti, kurie turėtų būti užduodami klinikinio interviu metu (4 lentelė).

Viena iš dažnai naudojamų depresijos atrankos skalių, pagal kurią vertinama tiek su nėštumu susijusi, tiek kitos kilmės moterų depresija, yra Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (angl. *Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) [39]. Ji išversta į lietuvių kalbą. Edinburgo savęs vertinimo skalę sudaro 10 teiginių. Jei surinkta balų suma ≥ 12 , galima įtarti pogimdyminę depresiją [2].

Taip pat dažnai naudojamas Sturktūruotas klinikinis interviu *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Klinikistų mėgstama savęs vertinimo skalė – *Postpartum Depression Screening Scale*, (Beck CT, Gable RK, 2001) dėl aukšto klaidingo pogimdyminės depresijos pozityvumo ne tokia tiksli nei Edinburgo skalė [26].

Globalaus funkcionavimo vertinimo skalė (GAF) padeda įvertinti pacientės gebėjimus tvarkytis su kasdienio gyvenimo užduotimis ir nustatyti sutrikimo sunkumo laipsnį.

Efektvios prevencijos gairės

Klinikinėje akušerijos ir pediatrijos praktikoje svarbu stebėti motinų psichikos būseną, ypač tų, kurioms nustatyti socioekonominiai rizikos veiksniai, atlikti atrenkamąsias apklausas pirmą, trečią ir šeštą mėnesį po gimdymo.

Efektviausias prevencijos būdas – nėštumo metu atlikti atrankos tyrimą ir išsiaiškinti moteris, turinčias didelę pogimdyminės depresijos riziką. Dažniausiai naudojami atrankos klausimynai: 1) Schauer ir Ruf-Leuschner sukurtas *KINDEX* rizikos veiksnių klausimynas validizuotas Vokietijoje [27,28], 2) *ALPHA Form* [16,17] ir 3) *the Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ)* [29]. *KINDEX* skalė buvo sudaryta 2009 metais, remiantis tyrimais, nustatytais vaikų raidos rizikos veiksniais (5 lentelė).

Motinos, turinčios depresijos požymių, prevencijos suetimais turėtų būti palaikomos įvairiais būdais: stengtis pasirūpinti maistu, jas lankyti geranoriškoms šeimoms, draugams, labai svarbus medicininės pagalbos prieinamumas, transportas, sutuoktinio ar partnerio palaikymas [6].

Sockol su bendraautorais (2013), atlikę sisteminę 37 randomizuotų arba beveik randomizuotų tyrimų analizę, priėjo išvados, kad intervencijos, skirtos postpartum depresijos prevencijai, efektingai sumažina postpartum depresijos simptomus ir postpartum depresijos epizodo riziką bei pabrėžia, kad: 1) perinatalinis periodas yra tinkamas laikas sumažinti psichologinį sergamumą; 2) užkirsti kelią postpartum depresijai galima įvairaus pobūdžio intervencijomis; 3) intervencijų rezultatas – ženklus depresijos požymių sunkumo sumažėjimas; 4) intervencijos reikšmingai sumažina depresijos epizodo riziką [34].

Gydančiam gydytojui svarbu neprarasti klinikinio budrumo, mat pogimdyminės depresijos gydymo metu galima ligos disimiliacija ir pirmalaikis farmakologinio gydymo nutraukimas. Krūtimi maitinančios motinos baiminasi dėl patenkančių su pienu vaistų poveikio kūdikiui. Maitinant krūtimi, motina, serganti pogimdyminė depresija, turi pasverti galimą gydymo antidepresantais veiksmingumą: galimą antidepresantų, gaunamų per motinos pienu, riziką jos kūdikiui ir jai suteiktas žinias apie neigiamas negydomos depresijos pasekmes jos vaiko raidai.

Serganti depresija motina gali tikėti, jog maitinimas krūtimi yra svarbi, teigiama patirtis, kuria ji gali pasidalyti ir išgyventi kartu su savo kūdikiu. Gydymas antidepresantais turi būti skiriamas atsižvelgus į rizikos suvestinę, klinikinę aplinkybes ir duomenis apie laktaciją. Kūdikio antidepresantų serumo lygio matavimas ir motinos pieno analizė klinikinėje praktikoje/rutinoje nėra paplitusi. Pradėjus gydymą

5 lentelė. Rizikos veiksniai pagal KINDER klausimyną

Šaltinis: Spyridou A., Schauer M., Ruf-Leuscher M., *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016

(1) Streso skalės *Perceived Stress Scale index (PSS-4)* balų suma

	Rizikos veiksnys	Rizikos apibrėžtis
1	amžius	≤ 21
2	migracija	Tėvas arba motina imigrantai
3	Vieniša mama	Vieniša mama
4	Finansiniai sunkumai	Nerimas dėl finansinių sunkumų Namų indeksas $\leq 0,5$ (kambario/asmeniui)
5	Somatiniai simptomai, komplikacijos, medicininė rizika	Somatiniai simptomai, komplikacijos, medicininė rizika
6	Prenatalinis prisirišimas	Neplanuotas neštumas Susirūpinimas 7-10 (mamos ir tėvo), džiaugsmas 0-3 (mamos ir tėvo)
7	Suvokiamas stresas	Stresas ≥ 12 (1)
8	Vaikystėje patirti trauminiai išgyvenimai	Fizinė prievarta seksualinė prievarta
9	Intymaus partnerio smurtas	Kovos intensyvėjimas, grūmimasis rankomis (per paskutines 8 sav.); kumščiavimasis (per paskutines 8 sav.) smurtas ankstesniuose santykiuose
10	Piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis	Nikotinas, alkoholis, narkotikai/motina ir tėvas
11	Psichikos ligos	Psichiatrinė diagnozė anamnezėje, gydymas psichiatrijos stacionare, psichotropinių vaistų vartojimas, pagalbos ieškojimas

antidepressantais po gimdymo, rekomenduojama pradžioje skirti juos mažomis dozėmis ir lėtai didinti dozę, kartu stebėti kūdikio būklę, sekti galimus pasireikšti kenksmingo antidepressantų poveikio požymius. Galimas kenksmingas antidepressantų poveikis kūdikiui (dirglumas, sedacija, menkas svorio augimas, maitinimo būdo pokyčiai). Kenksmingas poveikis dažniau sutinkamas naujagimiams ir kūdikiams iki 8 sav. amžiaus. Antidepressantų poveikį kūdikiui galima sumažinti maitinant krūtimi tuo metu, kai antidepressanto koncentracija motinos piene yra mažiausia (t. y. nemaitinti tuo metu, kai antidepressantų koncentracija piene pasiekia piką). Tais atvejais, kai kenksmingi požymiai yra ženkliūs rekomenduojama: 1) sumažinti antidepressantų dozę; 2) keisti kūdikio maitinimą daliniu ar maitinimu pienu iš buteliuko arba 3) pakeisti medikamentą. Svarbus pediatrų ir psichiatrų bendradarbiavimas [26].

Psichoedukacijos metu svarbu pabrėžti, kad trumpalaikė ir ilgalaikė negydomos pogimdyminės depresijos žala motinos vaiko prisirišimo formavimuisi ir vaiko raidai yra didesnė, nei kenksmingas antidepressantų poveikis, kurį depresijos gydymo metu kūdikis gauna su motinos pienu [26]. Gydant motinos depresiją svarbus pediatrų ir psichiatrų bendradarbiavimas.

Išvados

1. Postpartum depresija yra specifinis psichikos sutrikimas, kurio sunkios pasekmės motinai, kūdikiui ir bendrai visuomenės sveikatai paaiškina prevencinių intervencijų svarbą ir būtinybę. Tuo tarpu klinikinėje praktikoje motinų emociniai ir elgesio sunkumai dažniausiai yra nustatomi ir gydomi tik prasidėjus sutrikimui.

2. Perinatalinis periodas yra tinkamiausias metas sumažinti sergamumą psichikos sutrikimais. Pogimdyminiai depresiniai sutrikimai anksti gali būti išaiškunami motinų medicininio patikrinimo 1 ir 6 savaitę po gimdymo metu, aktyviai išsiaiškinant rizikos veiksnius ir pateikiant motinai užpildyti depresijos sutrikimų atrankos klausimyną – tyrimais įrodytas šios prevencinės priemonės efektyvumas.

3. Prevencinės intervencijos gali reikšmingai sumažinti humanitarinę ir ekonominę kainą, susijusią su depresijos sutrikimų pogimdyminiu laikotarpiu sukeltais padariniais. Be to, tyrimai rodo, kad prevencinės priemonės yra moterims priimtinesnės už depresinių sutrikimų gydymą.

4. Įvertinus pasiekimus depresijos prevencijos srityje siūloma vykdyti tik tas intervencijas, kurių efektyvumas įrodytas moksliniais tyrimais. Dauguma prevencinių intervencijų naudoja modifikuotas gydymo programas, kai psichoterapija, ypač kognityvi elgesio ir interpersonalinė psichoterapija, yra derinama su medikamentiniu gydymu antidepressantais. Daugelis prevencinių intervencijų: medika-

mentai, terapija, socialinis palaikymas, atliekamos skirtingą išsilavinimą turinčių asmenų, psichoterapija (kognityvinė-elgesio, individuali, grupinė) ir jų deriniai (modifikuotas gydymas) yra efektyvios. Šios intervencijos reikšmingai sumažina depresijos epizodo riziką arba palengvina jau prasidėjusios depresijos simptomus.

5. Pogimdyminių depresinių sutrikimų gydymas turi būti kompleksinis: derinama kognityvinė elgesio terapija, dinaminė psichoterapija, motinos – vaiko prisirišimo formavimosi stebėjimas ir palaikymas, šeimos konsultavimas, kuris vyksta farmakologinio gydymo fone (tuomet, kai vaistų skyrimas yra neišvengiamas). Alternatyvus gydymas maisto papildais ir hormonų terapija yra siejama su potencialia postpartum depresijos prevencija.

6. Svarbu gydyti motiną ir stebėti kūdikio būklę, todėl būtinas pediatro ir psichiatro bendradarbiavimas.

Literatūra

- Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams M A. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(10): 973-982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Danilevičiūtė V. Psichikos sutrikimai nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu. *Vitae Litera*, Kaunas, 2006.
- Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14:402. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14-402> <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0402-2>
- American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 2013. <http://www.dsm5.org>
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disorder* 2006 Apr; 91(2-3):97-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>
- Goyal D, Gay C, Lee K A. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first time mothers? *Womens Health Issues* 2010;20(2): 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003>
- Senturk V, Hanlon C, Medhin G. et al. Impact of perinatal somatic and common mental disorder symptoms on functioning in Ethiopian women: the P-MaMiE population-based cohort study. *J Affect Disord* 2012; 136(3):340-349. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.028>
- Gomez-Beloz A, Williams MA, Sanchez SE, Lam N. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima, Peru. *Violence Vict* 2009;24(3):380-398.

- <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.3.380>
9. Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *J Affect Disord* 2010;123 (1-3):17-29.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.027>
 10. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia; a cross-sectional study. *Reprod Health* 2015; 12:99.
<https://doi.org/10.1186/s12978-015-0092-x>
 11. Cohen LS, Altshuler LL Harlow BL. et al. Release of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, 2006; 295(5):499-507.
<https://doi.org/10.1001/jama.295.5.499>
 12. Abbasi Sh, Chuang C H, Dagher R, Zhu J, Kjerulff K. Unintended pregnancy and postpartum depression among first-time mothers. *Journal of Women's Health* 2013; 22, (5):412-416; R Mary Ann Liebert, Inc., DOI: 10.1089/jwh.2012.3926.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3926>
 13. Barnios YV, Gelaye B, Zhong Q. et al. Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PLoS One* 2015;10(1): e 0116609.
 14. Lara MA, Natera-Rey G, Berenzon S. et al. Intimate partner violence and depressive symptoms in pregnant Mexican women; NATIONAL survey results. *Rev Invest Clin* 2014; 66(5):431-438.
 15. Sørbo MF, Grimstad H, Bjørngaard JH, Lukasse M, Schei B. Adult physical, sexual, and emotional abuse, and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:316. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/316> (ž. 2015-09-03)
 16. Ruf-Leuschner M, Pryss R, Liebrecht M, Schobel J, Spyridou A, Reichert M, et al. Preventing further trauma: KINDEX mum screen* assessing and reacting towards psychosocial risk factors in pregnant women with the help of smartphone technologies. Volume 4. Bologna, Italy. *Eur J Psychotraumatol* 2013;4:21127.
 17. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157:924-930.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.924>
 18. Risch N, Herrell R, Lehner Th. et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5- HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. *A Meta-analysis. JAMA* 2009; 301(23):2462-2471.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.878>
 19. Beydoun H.A., Beydoun M.A., Kayfman J.S., Lo B., Zondermand A.B. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: systematic review and meta-analysis. *SocSciMed* 2012; 75(6):959-975.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>
 20. Malta LA, McDonald ShW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parentin morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12:153.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-153>
 21. Wu M, Li X, Feng B, Wu H, Qiu Ch, Weifeng Zhang W. Poor Sleep quality of third-trimester pregnancy is a risk factor for postpartum depression. *Medical Science Monitor* 2014; 20: 2740-2745.
<https://doi.org/10.12659/MSM.891222>
 22. Vigod SV, Tarasoff LA, Bryja BB, Dennis C C-L. Relation between place of residence and postpartum depression. *Canadian Medical Association Journal* 2013; 185 (13): 1129-1134.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.122028>
 23. Turkcapar AF, Kadioglu N, Aslan E, Tunc S, Zayifoglu M, Mollamahmutoglu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:108
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1>
 24. Stahl S M. *Essential psychopharmacology – Neuroscientific Basis and Practical Applications* (second Edition), Cambridge University Press 2000.
 25. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. *Child Dev* 2005;76(5):1044-54.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00896.x>
 26. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 2009 April; 200(4):357-364.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
 27. Spyridou, A, Schauer, M, & Ruf-Leuschner, M. (2016). Prenatal screening for psychosocial risks in a high risk-population in Peru using the KINDEX interview. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16: 13.
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0799-x>
 28. Schauer M, Ruf-Leuschner M. KINDEX: Pränatale Erfassung psychosozialer Risiken für eine gesunde Entwicklung – Der Konstanzer INDEX; (KINDEX: Prenatal assessment of psychosocial risk factors for development – the Konstanz INDEX. Berlin:Germany: DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung; 2010.
 29. Reid AJ, Biringer A, Carroll JD, Midmer D, Wilson LM, Chalmers B, et al. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Can Med Assoc J*. 1998;159:677–84.
 30. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikacija TLK-10-AM. <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrus.html>
 31. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DCM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009; 113:77-87.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.003>
 32. Poyraz CA, Kocabasaglu N, Konuk N. Psychotic depression

- in forensic psychiatric practice. *Journal of Mood Disorders* 2012; 2(4): 180-185.
<https://doi.org/10.5455/jmood.20121106033631>
33. Higginbottom G, Morgan M, O'Mahony J, Chiu Y, Kocay D, Alexandre M, Forgeron J, Young M. Immigrant women's experiences of postpartum depression in Canada: a protocol for systematic review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews* 2013, 2:65. <http://systematicreviewsjournal.com/content/2/1/65>
34. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(8):1205-1217.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>
35. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15:352-368.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352>
36. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Assessment and treatment of bipolar II postpartum depression: A review. *J Affect Disord* 2010; 125:18-26.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.014>
37. Austin M-P, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth* 2013;26:17–25.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.002>
38. Almond P. Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health* 2009; 129 (5): 221-227.
<https://doi.org/10.1177/1757913909343882>
39. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-786.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
40. Ruch AJ, Bernstein IH, Trivedi MH, Carmody TJ. et al. An evaluation of the quick inventory of depressive symptomatology and the hamilton rating scale for depression: a sequenced treatment alternatives to relieve depression trial report. *Bio Psychiatry* 2006 Mar 15; 59(6):493-501.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.022>
41. Frances A. *La diagnosi in psichiatria: ripensare il DSM-5*. Raffaello Cortina Editore 2014; 1-226.

EARLY DIAGNOSIS OF POSTPARTUM DEPRESSION DISORDERS - BASIS OF EFFECTIVE PREVENTION

A. Dervinytė-Bongarzoni, A. Navickas

Key words: Postpartum depression, postnatal depression, psychotic depression, risk factors, prevention.

Summary

Depressive disorders are the most commonly diagnosed psychological disorders for women in the postpartum period. Postpartum depression is a nonhomogenic disorder: offset, development and levels of its impact vary significantly. Postpartum depression is also hard to diagnose as somatic symptoms of depression – sleep problems, appetite loss, fatigue, changes in daily routine – are common after-birth worries for all women. When undiagnosed and untreated postpartum depression can have serious long term consequences impacting not only a woman but also for a child and wider family. Postpartum depression has now been acknowledged as a serious public health problem, with recent research widely exploring psychosocial consequences of untreated depression in women, its negative impact on child's development and its potential dangers.

This article briefly discusses the definition of postpartum depression, risk factors and overviews interventions designed to prevent the risk of major depressive episodes.

Correspondence to: asta.dervinyte@mf.vu.lt

Gauta 2017-06-28