

## ДЕПРЕСИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И СЛЕД РАЖДАНЕ – КЛИНИКО-БИОЛОГИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Р. Владимирова, В. Стоянова, Ст. Кръстев и В. Миланова

Клиника по психиатрия, УМБАЛ "Александровска", Медицински университет – София

## DEPRESSION DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM – CLINICAL AND BIOLOGICAL CHARACTERISTICS

R. Vladimirova, V. Stoyanova, S. Krastev and V. Milanova

Clinic of Psychiatry, UMHAT "Aleksandrovska", Medical University – Sofia

<p><b>Резюме:</b></p>	<p>Целта на настоящото изследване е да анализират рисковите фактори за поява на депресия в период на бременност и след раждане, да се оценят клиничните симптоми и тяхната тежест, както и ефектът от приложената терапия. Анализирани са 33 жени с диагноза голямо депресивно разстройство в период на бременност и след раждане, лекувани стационарно от 2002 до 2012 г. Оформят се две групи – бременни (61%) и родилки (до три месеца след раждане) (39%). Средната възраст на жените е 25 години (SD <math>\pm</math> 1,8). Установява се значимо ниво на корелация между фамилна обремененост, депресия и послеродовия период – <math>p = 0,043</math>. Анамнеза за прекаран депресивен епизод преди бременността и раждането имат 65% от жените. Рисков период за развитие на депресия по време на бременност са първият и третият триместър, в послеродовия период – първите три месеца след раждането. Тежестта на симптоми като напрежение, депресивни налудности и халюцинации, субективно снижено функциониране значимо корелира с периода на бременност и след раждане. Прилаганото лечение се определя от тежестта на психопатологичната симптоматика. Бременните жени отговарят много по-добре на лечението с ЕКТ (<math>p &lt; 0,05</math>). Наличието на клинично тежка депресия в период на бременност или след раждане изисква навременно лечение и интензивни грижи</p>
<p><b>Ключови думи:</b></p>	<p>бременност, пуерпериум, налудности, халюцинации, електроконвулсивна терапия</p>
<p><b>Адрес за кореспонденция:</b></p>	<p><i>Д-р Р. Владимирова, Клиника по психиатрия, УМБАЛ "Александровска", Медицински университет, ул. „Св. Г. Софийски“ № 1, 1431 София</i></p>
<p><b>Summary:</b></p>	<p>The purpose of this study was to analyze risk factors for depression during pregnancy and after delivery, as well as to assess clinical symptoms and their severity, and the effects of the administered therapy. Participants were divided into two groups – pregnant women (61%) and mothers (39%) (up to three months after birth). The average age of women was 25 years (SD <math>\pm</math> 1.8). A significant level of correlation was found between family history of depression and postpartum depression (<math>p = 0.043</math>). More than half of the women had a history of a depressive episode experienced in the past (65%). The periods in risk of development of depression in pregnant women are the first and the third trimester, while for the women in the postpartal period – the risk is up to the 3<sup>rd</sup> month after delivery. The clinical presentation of a depressive disorder in the peripartal or the puerperal period is characterised by some specific symptoms – muscular and neural tension, depressive delusions and hallucinations, subjectively lowered functioning. Pregnant women respond much better to the treatment with <i>electroconvulsive therapy (ECT)</i> (<math>p &lt; 0.05</math>). Existence of severe depression symptoms during pregnancy or after birth require prompt treatment and intensive care.</p>
<p><b>Key words:</b></p>	<p>pregnancy, puerperium, delusions, hallucinations, electroconvulsive therapy</p>
<p><b>Address for correspondence:</b></p>	<p><i>R. Vladimirova, M. D., Clinic of Psychiatry, UMHAT "Aleksandrovska", Medical University, 1, Sv. G. Sofiyiski St., Bg – 1431 Sofia</i></p>

## Увод

Депресията е широко разпространено заболяване с обща болестност 5-8% в света като цяло. Кумулативният риск от разгръщане на депресия е по-голям за жените, отколкото за мъжете – съотношението жени/мъже е 2:1 до 3:1 [21]. Депресията е не само водеща причина за заболяване при жени в детородна възраст в световен мащаб, но и най-честото психиатрично страдание преди и след раждането. Депресията по време на бременност и раждане заема важно място в клиничната практика. Епидемиологичните данни сочат, че 10-13% от жените, които раждат за първи път, развиват постпартални депресии [23]. През първата година от раждането около 10-15% от жените отключват афективни разстройства, а около 50-80% от всички майки преживяват състояние, което е в спектъра на т.нар. „five blues psychosis“, които стартират приблизително на третия ден след раждането, а пикът им е между 3-ия и 5-ия ден [16]. Симптоми на депресия се откриват при 18,4% от всички бременни жени и при 19,2% от всички майки по време на първите 3 месеца след раждане [15]. Рискова е младата възраст, като се отчита комбинацията от генетична предиспозиция, нежелани значими събития и излагането на стрес [18]. Фамилни, биологични, психологични и социални фактори определят биопсихосоциален модел на депресията [12]. Рисковите фактори за появата на депресивни разстройства по време на антенаталния и пуерпералния период са: фамилна обремененост; предходна анамнеза за прекарана депресия; повече предходни бременности; анамнеза за аборти; мисли за прекъсване (аборт) на настоящата бременност; семейни конфликти; реакция на траур през втори и третия триместър [13].

Доказана е връзката между появата на депресия по време на бременност и след раждане и някои социодемографски характеристики, като възрастта на майката и нейното социално-икономическо ниво на функциониране. По-младите жени са по-малко подготвени за родителство, повече са непланираните бременности, по-малко са способностите да се справят със стреса на родител, сравнено с по-възрастните родители [17]. Резултатите от обширен метаанализ през 2004 г. обобщават, че честотата на антенаталната депресия е между 6,5% и 12,9%. Системният преглед на литературата през годините от 2000 до 2004 г. изчислява разпространението на депресията, като за всеки триместър на бременността в проценти е: за първия триместър – 7,4% (2,2-12,6%), за втория – 12,8% (10,7-14,8%), и за третия – 12,0% (7,4-16,7%). Жените

с история за прекарана депресия са с по-висок риск от рецидив на това състояние през бременността, като е доказано, че спирането на поддържащото лечение е важен рисков фактор за влошаване [5].

Депресията в послеродовия период настъпва обикновено в рамките на първите две седмици до 4 месеца след раждането, като най-честата клинична изява са психотично-депресивните симптоми, тревожност, натрапливи мисли и действия. При жените с предхождаща история за прекарани депресивни епизоди рискът от рецидив след раждане е висок [2]. В условията на клиничната практика много често се налага жените с тежко изразени симптоми на депресия по време на бременност и след раждане да бъдат хоспитализирани в психиатрично заведение. При жените, които раждат за първи път и развиват депресия, рискът от хоспитализация нараства до 35 пъти, особено в първия месец след раждането, при жените с анамнеза за предхождаща депресия рискът е между 1:2 и 1:3 [24]. Наличието на тежко изразени симптоми на депресия в период на бременност или в рамките на две седмици от раждането се свързва и със сериозни суицидни и инфантицидни мисли (R. E. Kendell et al., 1989). Хоспитализацията, медикаментозното лечение и интензивните грижи са част от изчерпателното менажиране на проблема с депресията, възникнала при жени с бременност и след раждане [3].

Екип психиатри в Психиатричната клиника на УМБАЛ „Александровска“ активно изучава, практикува и лекува жени с депресия по време на бременност и след раждане. Лечението е съобразено със съвременните стандарти, като се спазват принципите за безопасност и ефективност с оглед щадящо овладяване на болестта и протекция както на психично болната жена, така и на плода.

**Целта** на настоящото изследване е да се обективизират рисковите фактори за поява на депресия, както и основните клинични симптоми, да се оцени тежестта на изявата им в периода на бременност и след раждане и да се потвърди безопасността при избора на терапевтична опция. Включените пациентки са част от по-голямо проучване, което оценява психопатологията по време на бременност и раждане. Проучването е срезово и обхваща 33 пациентки с изразени симптоми на депресия, при които се е наложила хоспитализация. Диагностичната принадлежност е определена съгласно критериите на МКБ-10.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анализирани са жени с умерено тежки и тежки депресии по време на бременност и/или в послеродов период, хоспитализирани в Психиатрична клиника на УМБАЛ „Александровска“ в периода от 2002 до 2012. Дизайнът е натуралистичен, като ретро- и проспективно се оценени възраст, наличие на бременност (ГС) и послеродов период, фамилна обремененост, клинична диагноза и тежест на психопатологията, наличие на предхождаща история за психично разстройство, приложено лечение.

**Клиничен метод** – включва цялостна клинична оценка на всички пациентки в проучването, оценка на тежестта на психопатологията, индикации за започване на терапия.

**Включващи критерии** са изразена тежест на депресивно разстройство, наложило хоспитализация, и клинична изява на депресивно-психотични симптоми, отказ от храна и течности, висок риск от суицид и автоагресия. При всички пациентки лечението е по витални индикации и прилаганата медикаментозна терапия е симптоматична и със съгласие от пациента или от законен негов представител.

Диагностичната принадлежност е съобразена с критериите на МКБ-10 и DSM-IV, като е използвано MINI – диагностично интервю за отчитане на симптоматиката. Разпределението на изследвания контингент жени е според възрастта, клиничната тежест на симптомите, оценена като продължителност, честота, степен на смущение и дистрес с Item Group Checklist (IGC) и CGI-S

### Оценъчни инструменти:

- Миниинтернационално невропсихиатрично интервю – **MINI** – кратко структурирано интервю за основните психиатрични разстройства по Ос I на DSM-IV и МКБ-10. Интервюто отчита валидността и възпроизводимостта на наличната психопатология. Използвана е Английската версия – 5.0.0 (Y. Lecrubier et D. Sheehan, 1998).

- Синдромен опис – Item Group Checklist (IGC) – включва 40 групи въпроси, отнасящи се до разстройства в групата на психозите, афективните разстройства и невротичните разстройства по МКБ-10. Клиничната тежест на симптомите е оценена като продължителност, честота, степен на смущение и дистрес. SCAN – Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – версия 2 [26].

- Скала за цялостно клинично впечатление – CGI-S [9].

## Статистически методи

Използвани са: описателна статистика – честотни разпределения, средни стойности, стандартно отклонение; графично представяне на резултатите – тестове за проверка на статистически хипотези: тест на Колмогоров-Смирнов (Kolmogorov-Smirnov Test) за проверка на честотните разпределения; тест на Фридман (Friedman Test) при сравняване на повече от две повторни измервания; тест на Кръскал-Уолис (Kruskal-Wallis Test) при сравняване на повече от две независими групи; рангова корелация на Спирман (Spearman's rho Correlation)

Статистическата обработка е извършена със статистическия пакет SPSS 13, при ниво на значимост 0,05 и статистическа вероятност 95%. Използваното критично ниво на значимост е  $\alpha = 0.05$ . Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато стойността на P (P-value) е по-малка от  $\alpha$ .

## РЕЗУЛТАТИ

Изследвани са 33 жени с депресия в период на бременност и след раждане, лекувани между 2002 и 2012 г., като основната психиатрична диагноза е голямо депресивно разстройство (със/или без психотични симптоми). В това натуралистично проучване жените са оценени по критериите на МКБ-10, анамнестичните данни са събрани от наличната медицинска документация, от лекуващия психиатър, диагнозата е потвърдена от двама специалисти по психиатрия.

Извадката от 33 жени условно бе разделена на две субгрупи: 20 (61%) бременни жени в различен стадий на бременност и 13 (39%) жени в послеродов период, който обхваща от седмица до три месеца след раждане. Средната възраст на жените е 25 (SD  $\pm$  1,8) години. Разпределението по възраст установи, че повече от половината жени са на възраст до 30 години (N 21). Около 50% от жените в послеродовия период са над 31 години (табл. 1).

Таблица 1. Разпределение според възрастта на пациентките

Възрастови групи	Бременна n (%)	Родилка n (%)	Общо n (%)
17-25	9 (70)	4 (30)	13 (100)
26-30	5 (65,5)	3 (34,5)	8 (100)
31-45	6 (50)	6 (50)	12 (100)

Анализът на фамилната обремененост при жените в извадката показва, че повече от половината имат обремененост с психични заболявания. Разпределението по субгрупи според наличието

на наследственост, установи статистически достоверно ниво на значимост  $p = 0,043$  между фамилна обремененост и депресия в послеродовия период (табл. 2). Обективизирането на наследствеността показва, че в групата на родилките (N 13), обременеността е предимно по линия на родственици от първа степен.

Таблица 2. Разпределение на пациентките според наличие или липса на фамилна обремененост

Диагноза	Фамилна обремененост		Общо	p
	Да n%	Не n%		
Бременни	9 (38)	11 (62)	20 (100)	
Родилки	10 (78,7)	3 (21,3)	13 (100)	<b>0,043</b>

Важен биологичен предиктор за появата на депресия в периодите на бременност и раждане е наличието на предхождаща анамнеза. Оказа се, че предхождаща анамнеза за депресия имат 65% от жените в извадката (фиг. 1). Повече от половината от тях имат регистриран поне по един епизод на депресия преди бременността и раждането.



Фиг. 1. Графично представяне на процента жени със и без предхождаща анамнеза за депресия

Резултатите от анализа върху рисковите периоди на бременността показаха, че при повече от половината жени с бременност (N 15) депресията се появява в първия и третия триместър. При жените след раждане рискови са първите три месеца след раждането (N 11) (табл. 3).

При направената клинична оценка на депресивните епизоди клинично значими се оказаха симптомите на напрежение и безпокойство, раздразнителност, загуба на себеувереност, нервно напрежение и чувствителност към шум, тре-

вожно предчувствие, загуба на способност за справяне, намален апетит и лош сън. Към това се добавя много често загуба на удоволствени преживявания, депресивни налудности за вина, суицидни мисли и действия. Клиничната картина на депресивното разстройство при жените в извадката се характеризира с няколко специфични синдромокомплекса. При 33 от пациентките има симптоми на напрежение, като при повече от половината (57,7%) те са с определена тежест. Резултатите от оценката на тежестта на симптомокомплекса показват статистически значима корелация с наличието на бременност и пуерпериум, като се отчита ниво на значимост  $p = 0,041$  (табл. 4).

Таблица 3. Разпределение на пациентките с депресия според периода на бременност и периода след раждане

Бременни (N 20)			Родилки (N 13)	
I три-местър (N)	II три-местър (N)	III три-местър (N)	До 15 дни (N)	До три месеца (N)
7	5	8	2	11

Таблица 4. Разпределение на бременните и родилките според степента на тежест на симптомите на нервно и мускулно напрежение

Нервно и мускулно напрежение	Бременна n (%)	Родилка n (%)	p
Определено налице	17 (58,7)	11 (41,3)	<b>0,041</b>
Вероятно налице	3 (30)	2 (12,3)	

Тежестта на депресивните състояния се определя и от наличието на психотични симптоми, които са конгруентни с депресивния афект. Наблюдаваните психотично-депресивни състояния протичат с изразена степен на тежест. Резултатите от оценката и тежестта на психотично депресивните симптоми при жените в извадката показаха значима корелация с послеродовия период. Независимо от малкия брой оценени жени (N 13) в послеродовия период, разпределяйки ги по възраст, установихме асоциираност между младата възраст и тежестта на изявата им при статистическо ниво на значимост  $p = 0,038$  (табл. 5).

Таблица 5. Разпределение на родилките според възрастта и тежестта на изява на депресивно психотичните симптоми

Клинични симптоми	Група родилки			p	
	Възрастови групи				
Депресивни налудности и халюцинации	17-25 n (%)	26-30 n (%)	31-45 n (%)		
	Определено налице	5 (83,3)	0 (0)	5 (100)	<b>0,038</b>
	Вероятно налице	1 (16,7)	2 (100)	0 (0)	
	Общо	6 (100)	2 (100)	5 (100)	

Симптомите на субективно снижено функциониране и влошени телесни функции се изразяват със загуба на концентрация, загуба на интереси, загуба на енергия, намален апетит, загуба на тегло, нарушен сън. Те са често срещани и значими по време на наблюдаваните периоди на бременност и раждане, като присъствието им в клиничната картина на депресията се потвърждава и при жените в извадката. При всички жени (N 33) с депресия има определено изразени по тежест симптоми на понижени телесни функции и функциониране. При наблюдаваните родилки симптомите на снижено функциониране настъпват на по-късен етап в клиничната картина, тъй като има склонност да се интерпретират като част от ситуацията, свързана с грижата за детето. При тях симптомите, свързани с липса на енергия, намален апетит, редуция на тегло, нарушен сън, намалена концентрация, започват да се интерпретират като проблем, когато се съчетаят с появата на потиснатото настроение (табл. 6).

Таблица 6. Разпределение на бременните и родилките според тежестта на изява на синдромокомпекса субективно снижено функциониране

Субективно снижено функциониране и снижени телесни функции	Бременна		Родилка		Общо	
	N	%	N	%	N	%
Определено налице	20	100.0	13	100.0	33	100.0

Понижена самооценка, непроменлива потиснатост, особено в сутрешните часове, притъпени възприятия, загуба на удоволствени преживявания, загуба на надежда за бъдещето, суицидни мисли или действия са основните депресивни симптоми, които имат изразена тежест при 96,3% от жените. При оценката на депресивния синдромокомпекс резултатите показаха наличие на по-

вече от три симптома и в групата на родилките, и в групата на бременните (табл. 7).

Таблица 7. Разпределение на бременните и родилките според тежестта на депресивните симптоми

Депресивни симптоми	Бременни n (%)	Родилки n (%)	Общо n (%)
Вероятно налице	1 (5.3)	0 (0)	1 (3.7)
Определено налице	19 (94.7)	13 (100)	32 (96.3)
Общо	20 (100)	13 (100)	33 (100)

Тежестта на клиничната картина при всички 33 жени бе оценена с помощта на CGI-S в началото на епизода, на първата, втората и четвъртата седмица след лечението. Резултатите показаха в началото на епизода изразена тежест при оценка средно 5,35 (SD = 0,78). След започване на лечението при повече от половината жени още на втората седмица оценката е средно до 2,71 (SD = 0,61), като на четвъртата седмица тя е вече 1,45 (SD = 0,50) Динамиката в клиничната картина, оценена посредством скалата за глобални клинични впечатления, демонстрира значителна редуция на тежестта на симптомите след започване на лечение, като това достига високо ниво на статистическа значимост ( $p < 0,001$ ) (табл. 8).

Връзката между бременност, раждане и психично разстройство оказва влияние и върху прилагането на терапевтични интервенции. Необходимостта от прилагане на лечение се налага от тежестта на психопатологичната симптоматика. Разпределението по отношение на отговора на лечение между двете групи бременни и родилки констатира, че жените с бременност (84,6%) отговарят много по-добре на лечението с ЕКТ, като се достига високо ниво на статистическа значимост  $p < 0,05$ . Това е доказателство, че прилагането на ЕКТ има своите предимства като предпочитан метод на лечение при бременност (табл. 9).

Таблица 8. Оценка тежестта на депресивната симптоматика според CGI-S

Общо	N	Средно	SD	p
CGI-S начало/край	33	5.35	0.78	< 0.001
CGI-S 1 седмица	32	4.24	0.72	
CGI-S 2 седмица	20	2.71	0.61	
CGI-S 4 седмица	33	1.45	0.50	

Таблица 9. Разпределение на бременните и родилките според приложеното лечение

Повлияване от		Бременна	Родилка	Общо	p
Медикаменти	N (%)	5 (15.4)	10 (60.0)	15 (31.7)	0.05
ЕКТ	N (%)	15 (84.6)	3 (40.0)	18 (68.3)	
Общо	N (%)	20 (100.0)	13 (100.0)	33 (100.0)	

## ОБСЪЖДАНЕ

Депресията по време на бременност и раждане е диагноза, която се употребява за всички депресивни разстройства, случващи се или по това време, или съществуващи преди. Тежестта и ходът на боледуване се повлияват от различни ситуации, свързани с липсата на подкрепа и партньор, липсата на знания и умения за грижа, както по време на бременността, така и след раждането. Необходимо е да се оценят тежестта на болестта, предхождащият отговор към лечение, времето на поява на рецидив след спиране на поддържащото лечение. Независимо от малкия брой случаи, разгледани в това проучване, смятаме, че получените резултати потвърждават изводите в литературата, че бременността не предпазва от депресия и бебето не е защитено от майчината депресия [20]. Това е свързано с биологичния и биохимичния механизъм на депресивното разстройство, който повлиява имунитета, води до нежелани събития и дълготрайни негативни промени [12].

Към важните рискови фактори се включват младата възраст, наличието на предишни депресивни епизоди и фамилната обремененост. При около една втора от жените в извадката се регистрира фамилна обремененост. Обективизирайки наличието на наследственост, установихме, че при жените с фамилна обремененост, послеродовият период значимо корелира с появата на депресия със статистическо достоверно ниво на значимост  $p = 0,043$ . Фамилната обремененост при родилките се оказва по-рисков фактор за отключване или рецидив на депресивно разстройство, като обременеността е предимно по първа степен родство. Фамилната обремененост е определен биологичен маркер и предиспозиция за пуерпералните депресии. Оказва се, че епизодите в пуерпериума се срещат при 74% от жените, обременени с афективни разстройства, като от тях около 40% са с депресивно разстройство [25]. Фамилните изследвания показват, че при родственици първа степен на биполярни пациенти, съществува повишен риск за развитие на депресивно разстройство, сравнено с родственици от първа степен на здрави контроли [1].

Към важните рискови фактори се включва и наличието на предишна анамнеза за депресивни епизоди или афективно разстройство. От жените в извадката се установи, че предхождаща анамнеза за депресия имат 65%, като повече от половината имат регистрирани поне по един епизод преди бременността и раждането. Жените, които нямат анамнеза за предхождаща депресия, имат висок риск да отключат депресия след раждане, особено през първите три месеца. Предхождащите епизоди на депресия или епизоди на перинатална

депресия, правят риска за повторение по-вероятен особено когато е свързан със следващи бременности [6, 10]. Част от методологичните изследвания показват, че вероятно има повишен риск за това, поради различни промени през първите постнатални месеци [14].

Проследяването на появата на депресивните симптоми при повечето бременни (N 15) разкрива, че депресията се отключва във втория и третия триместър, а при родилките (N 11) рискът е периодът до третия месец от раждането. Evans и сътр. проследяват група жени през бременността до послеродовия период и откриват, че нивата на депресия през бременността са съпоставими с тези, отчетени през послеродовия период [11]. Altemus и съавт. (2012) установяват, че началото на епизодите на депресия по време на бременност е по-често в първия триместър, а голямото депресивно разстройство при родилките настъпва обикновено в рамките на първите 4 месеца след раждането – при около 94% от жените [2].

При направената клинична оценка на депресивните епизоди клинично значими се оказаха симптомите на безпокойство, нервно и мускулно напрежение, тревожно предчувствие, загуба на способност за справяне, намален апетит и лош сън, загуба на удоволствени преживявания, депресивни налудности за вина, суицидни мисли и действия. Клиничната картина на депресивното разстройство при жените в извадката се характеризира с няколко специфични синдромокомплекса. Оказа се, че симптомите на изразено напрежение и безпокойство се асоциират с периода на бременност и раждане при статистически значима корелация и ниво на значимост  $p = 0,041$ . Тежко изразената психотично депресивна симптоматика при жените в послеродовия период се асоциира с младата възраст при значимо ниво на корелация  $p = 0,038$ .

Най-важният показател, свързан с ефективността от приложеното лечение, се оцени със Скалата за цялостно клинично впечатление (CGI), където се намери значима корелация с периода на бременност и раждане. Получените резултати потвърдиха досега известните в литературата данни за бързото повлияване на психопатологичната симптоматика при прилагането на навременно лечение, което се свързва с по-добра прогноза за хода на психичното разстройство и се ръководи от степента и тежестта на заболяването. Фармакологичните стратегии са показани в случаите, в които се налага овладяване на тежки или умерено тежки симптоми на психозата и се прилагат с цел намаляване на риска от влошаване на състоянието както на майката, така и на детето, като се преценява съотношението риск/полза. Бременните

жени са лекувани в различни стадии на бременността, като повече от 50% са били в края на втория и през третия триместър, а останалите – в първия триместър.

В настоящата извадка се установи, че жените с бременност отговарят много по-добре на лечението с ЕКТ, като се достига високо ниво на статистическа значимост  $p < 0,05$ , което прави прилагането на ЕКТ предпочитан и безопасен метод на лечение при бременност. Наблюдаваните резултати от лечението с ЕКТ съвпадат с вече известните в литературата данни за ефективността от ЕКТ при овладяване на депресия по време на бременност [4]. Електроконвулсивната терапия е средство на избор при жените с тежко изразена депресия, висок суициден риск и/или психотично депресивна симптоматика по време на бременност [7].

Релевантните параметри за селекция на най-добрата клинична опция за лечение по време на бременност и след раждане (лактация) на жени с депресия са свързани с три важни особености:

1. Еволюция на риска, свързан с оценка на феталната и неонатална експозиция;
2. Увеличаване на тежестта на депресивните симптоми;
3. Внимателен избор на медикамент, с балансиране профила на безопасност и ефикасност [8].

### ИЗВОДИ

1. Младата възраст е прогностичен фактор, асоцииран с бременността и раждането, и е предиктор за тежестта на депресивните разстройства.

2. Наличието на предхождаща анамнеза и фамилна обремененост за депресия са високо-рискови фактори за поява на депресия в периодите на бременност и след раждане.

3. Рискови периоди са вторият и третият триместър на бременността и първите 3 месеца след раждане.

4. Специфични депресивни симптоми за периода на бременност и раждане са нервно и мускулно напрежение, снижено функциониране и депресивни налудности и халюцинации.

5. Резултатите от проведеното лечение показват, че приблизително всяка втора жена с депресия в периода на бременност и след раждане изисква лечение както с медикаменти, така и с ЕКТ. То се налага поради интензивна, екстремно изразена психопатология и относително по-голяма безопасност както за майката, така и за плода.

### Библиография

1. Миланова, В. Генетика на психичните разстройства. Учебник по психиатрия за студенти и специализиращи лекари. С., Мед. и физк., 2013, 129-165.
2. Altemus, M. et al. Phenotypic differences between pregnancy-onset and postpartum-onset major depressive disorder. – J. Clin. Psych., 73, 2012, № 12, 1485-1491.

3. Altshuler, L. L. et al. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. – Am. J. Psych., 153, 2001, 592-606.
4. Anderson, E. L. et I. M. Reti. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. – Psychosom. Med., 71, 2009, 235-242.
5. Bennett, H. A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. – Obstet. Gyn., 103, 2004, № 4, 698-709.
6. Boyer, D. Prediction of postpartum depression. – Clin. Issues Perinat. Wom. Health Nurs., 1, 1990, № 3, 359-368.
7. Dennis, C. E. et D. E. Stewart. Treatment of postpartum depression: a critical review of biological interventions. – J. Clin. Psych., 65, 2004, 1242-1249.
8. Gentile, S. Clinical utilization of Atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. – Ann. Pharmacother., 38, 2004, № 7, 1265-1271.
9. Guy, W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale. Modified From: J. Rush et al. Psychiatric Measures, 2000, APA, Washington.
10. Eberhard-Gran, M. et al. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. – Acta Psych. Scand., 106, 2002, 426-433.
11. Evans, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. – Br. Med. J., 323, 2001, № 7307, 257-260.
12. Freeman, M. P. Managing depression during pregnancy. – J. Clin. Psych., 70, 2009, № 9, e35.
13. Kumar, R. et K. M. Robson. A prospective study of emotional disorder in child-bearing women. – Br. J. Psych., 144, 1984, 35-47.
14. Lancaster, C. et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. – J. Obstetr. Gynecol., 202, 2010, № 1, 5-14.
15. Liebermann, B. H., H. Husner et M. Wittmann. Recognizing and treating peripartum depression. – Dtsch. Arztebl. Int., 109, 2012, № 24, 419-424.
16. Monzon, C., T. Lanza di Scalea et T. Pearlstein. Postpartum psychosis: Updates and clinical issues. – Psychiatr. Times, 2014.
17. Nonacs, R. et L. S. Cohen. Postpartum psychiatric syndromes. – In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. B. Sadock et V. Sadock. (Eds.). 7th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 1276-1283.
18. Oates, M. R. et al. Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. – Br. J. Psych., 184, 2004, Suppl. 46, s10-16.
19. O'Hara, M. W. et al. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. – Arch. Gen. Psych., 48, 1991, 801-806.
20. Saaticoglu, O. et N. Tomruc. The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. – Isr. J. Psych. Relat. Sci., 48-1, 2011, 6-10.
21. Semple, D. et R. Smyth. Reproductive psychiatry and sexuality. Oxford Handbook Psychiatry. (3 ed.), 2013, 470-471.
22. Sheehan, D. V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. – J. Clin. Psych., 59, 1998, Suppl. 20, 22-33, quiz 34-57.
23. Sit, D., A. J. Rothshild et K. L. Wisner. A review of postpartum psychosis. – J. Womens Health (Larchmit), 15, 2006, 352-368.
24. Spinelli, M. G. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. – Am. J. Psych., 161, 2004, № 9, 1548-1557.
25. Warner, R. et al. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. – Br. J. Psych., 28, 1996, 42-49.
26. Wing, J. K. et al. SCAN-Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. – Arch. Gen. Psych., 47, 1990, № 6, 589-593.

Постъпила за печат на 14 юли 2014 г.