

PSIHOLOŠKI KORELATI POSTPARTALNE DEPRESIJE

Anida Fazlagić

Prema definiciji četvrte verzije dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM- IV), postpartalna depresija obuhvata svaki nepsihotični depresivni poremećaj tokom prve četiri nedelje postpartuma, a prema istraživačkim kriterijumima, tokom prvih godinu dana nakon porođaja. Tačan uzrok postpartalne depresije još uvek nije poznat i većina istraživača smatra da je postpartalna depresija bio-psiho-socijalni problem. Biološki aspekt bolesti do sada je objašnjen promenom nivoa hormona estrogena i progesterona tokom trudnoće i opadanjem nivoa hormona nakon porođaja. Psihološki korelati se često vezuju za nizak nivo samopoštovanja, pesimizam kao crtu ličnosti, loše strategije suočavanja sa stresom, promene raspoloženja i emotivnih reakcija. Socijalni aspekt bolesti vezan je za egzistencijalne uslove života trudnice, podršku partnera i nivo obrazovanja. U ovom radu bavićemo se pitanjem hereditetnih uzroka i mogućih psiholoških faktora prevencije postpartum depresije.

Danas se smatra da u proseku 15% žena, bez obzira na ishod trudnoće, pati od postpartalne depresije. Međutim, ovaj podatak obuhvata samo one žene kod kojih je dijagnostikovana postpartum depresija i koje su same izvestile o tome. Gotovo sve žene tokom trudnoće dobiju osnovnu negu koja sprečava komplikacije na fiziološkom planu. U radu smo prikazali moguće psihološke faktore prevencije postpartalne depresije, uticaj optimizma, samopoštovanja i strategije suočavanja sa stresom. *Acta Medica Medianae* 2011;50(4):62-68.

Ključne reči: postpartalna depresija, optimizam, samopoštovanje, stres, majka

Državni univerzitet u Novom Pazaru, Departman Psihologija,
Novi Pazar

kontak: Anida Fazlagić
Pešterska 14, 36310 Sjenica
E-mail: vrcic.anida@yahoo.com

Uvod

Depresija tokom trudnoće povezana je sa smanjenom prenatalnom brigom za trudnicu, uključujući lošu ishranu i nepravilno spavanje. Postpartalna depresija je povezana sa poremećajem opšteg funkcionisanja između majke i deteta i to: u međusobnoj pažnji, vokalnoj i vizuelnoj komunikaciji, smanjenoj učestalosti interakcije, uključujući dodir i smeh, u usporedbi sa nedeprativnim majkama (1,2). Depresivne majke su takođe pokazale nametljivo i razdražljivo ponašanje prema svojoj deci (1,2).

Dojenčad, mala deca i mladi, posebno su osetljivi na negativne posledice postnatalne depresije. Deca čije su majke imale postpartalnu depresiju imaju otežanu privrženost, poremećaj u emocionalnom i kognitivnom funkcionisanju i više disforničnih raspoloženja (3). U psihijatrijskoj naučnoj nomenklaturi postoji dilema da li su postpartalni poremećaji distinktni entiteti, odnosno da li se razlikuju od ne-puerperalnih poremećaja ili se radi samo o deklanširanju već postojeće sklonosti (najčešće hereditarne) ka mentalnim oboljenjima. Na osnovu nalaza iz literature, izvesno je

da se radi o tri izdvojena entiteta sa posebnom kliničkom slikom, tokom i ishodom. Kao najvažniji zadatak za svakog kliničara postavlja se neophodnost brze, tačne i adekvatne dijagnoze kao i terapije postpartalnih mentalnih poremećaja. Procena grupe istraživača bila je da prosečan broj novih majki koje su iskusile poremećaj raspoloženja ili anksioznosti posle porođaja verovatno u opsegu od 20%, što znači oko 1,3 miliona godišnje. Kada se taj broj uporedi sa učestalošću među ženama koje boluju od drugih bolesti u SAD-u proporcije izgledaju ovako:

- Svake godine 800 hiljada žena dobije dijabetes (Nacionalni informativni centar za dijabetesu) (4)
- Svake godine oko 300 hiljada žena doživi moždani udar (Centar za kontrolu bolesti) (4)
- Svake godine oko 205 hiljada žena ima dijagnozu tumora dojke (Nacionalni instiut za bolesti tumora) (4)

Zapravo, svake godine više žena će patiti od postpartalne depresije i sličnih poremećaja raspoloženja nego što iznosi kombinovani broj novih slučajeva muškaraca i žena sa tuberkulozom, leukemijom, multiplom sklerozom, Parkinsonovom bolešću, Alchajmerovom bolešću i epilepsijom. Ovim podatkom ne želimo minimalizirati i potceniti ove bolesti, već ilustrovati zastupljenost postpartalne depresije (4). Međutim, zastrašujući je podatak da postpartalna depresija još uvek, uprkos saznanjima, do sada nije

prepoznata kao pravi problem. Njome se ne bave ni psiholozi, ni sociolozi, neretko ni medicina, a ni farmaceutske kuće. Smatramo da smo prikazom nastanka mogućih uzroka i psiholoških korelata doprineli da ovaj veliki problem zaslužuje više pažnje i interesovanja stručnjaka.

Epidemiologija postpartalne depresije

U poslednjih dvadeset godina primećen je porast depresivnog raspoloženja majki. Ovaj podatak je u suprotnosti sa stanovištem da je vreme trudnoće period blagostanja i uživanja. Istraživači se takođe slažu da su problemi sa raspoloženjem tokom trudnoće faktor rizika za postpartalnu depresiju. Posledično, došlo je do pomaka u izveštajima i literaturi, gde istraživači fokus interesovanja prebacuju sa simptoma i tretmana postpartalne depresije na anksioznost i depresiju tokom trudnoće, kako bi se izbeglo pogoršavanje simptoma u postpartalnom periodu. Stopa depresivnih simptoma je viša tokom šest meseci postpartalno. Istraživači su pronašli da su simptomi depresije najintenzivniji tokom prvog trimestra, da se poboljšavaju tokom drugog trimestra i da se stopa depresije povećava tokom trećeg trimestra (5,6,7).

Bebi bluz (baby blues) je posleporođajna tuga, najčešći i najbezazleniji vid pospartalne depresije. Obično traje nekoliko dana posle porođaja, a prate je razdražljivost, tuga i bezrazložan plač (8). U tim danima najbitnija je podrška porodice, kako emotivna tako i kada je u pitanju briga o detetu.

Posleporođajna depresija je neuporedivo ređa, a prepoznatljivija je po svom dužem trajanju. Ako simptomi depresije traju nekoliko sedmica, neophodno je obratiti se lekaru. U većini slučajeva, ovaj vid postnatalne depresije uspešno se leči farmakoterapijom i ne traje duže od šest meseci do godinu dana. Ovaj vid depresije se ne javlja uvek odmah nakon porođaja, već je moguće da se pojavi posle nekoliko meseci. Simptomi pospartalne depresije su: izrazite promene raspoloženja, od vrlo dobrog raspoloženja do velike tuge, preterano spavanje ili nesanica (nevezano za potrebe deteta), promene u apetitu, hronično iscrpljivanje ili hiperaktivnost, osećaj nemogućnosti suočavanja sa svakodnevnim problemima, razdražljivost, negativne misli, teškoće u pamćenju i koncentraciji, gubitak samopouzdanja, osećaji krivice, nemoć, usamljenost, plakanje bez razloga, strah od kontakata s drugim ljudima, osećaj nepostojanja ljubavi prema detetu ili porodici, teskoba i napadi panike, tuga i preterani plač, gubitak interesa za hobije i druge svakodnevne aktivnosti(8).

Posleporođajna psihoza je izuzetno retka, jer se javlja tek kod oko 0,5% trudnica (8). Ovo je najteži i najozbiljniji oblik posleporođajnog stanja i zahteva medicinsku pomoć. Simptomi uključuju izraženu nervozu i razdražljivost, zbunjenost, nesanicu, paranoju, haluciniranje,

hiperaktivnost, ubrzani govor te maniju. Vrlo su intenzivni i mogu trajati od nekoliko nedelja do nekoliko meseci. Medicinska pomoć je potrebna jer postoji opasnost od povreda. Potrebno je lečenje majke i terapija lekovima. Psihijatrijska statistika svedoči da od postporođajne depresije boluje čak svaka deseta porodilja. Procenjuje se da na svakih 1000 porođaja, 100-150 majki (10-15 %) razvije simptome depresije (9,10,11). Prema poslednjim podacima, stopa postpartalne depresije raste, tako da se procenjuje da danas iznosi 20% (8).

Pregled etiologije poremećaja

Hereditetni faktori

Genetičke studije postpartalne depresije uglavnom se izvode klasičnim metodama genetike ponašanja, metodom porodične istorije i metodom blizanačkih studija. Značajan broj studija ukazuje na postojanje veze između psihijatrijskih poremećaja u porodici i njihovog nasleđa na naredne generacije (9). Istraživanje monozigotnih i dizigotnih blizanaca, u kojem je pokazano da je veća podudarnost monozigotnih od dizigotnih blizanaca ne može se objasniti različitim iskustvom iz okoline (10). Pokazalo se da je kod žena koje su patile od predmenstrualnih komplikacija (11), serotonin sistem u bliskom recipročnom odnosu sa gonadama hormona. Autor navodi da promene u endokrinom sistemu uslovljavaju promene od senzitivnih, fizioloških i sredinskih pa do sociopsiholoških. Ovi rezultati upućuju na preliminarni dokaz o genetskoj predispoziciji za promenu aktivnosti serotonina kod žena sa teškim premenstrualnim komplikacijama. Serotonin transporter je povezan sa polimorfizmom serotoninских receptora koji je opet u vezi sa depresivnim poremećajem (11).

Prema novijim istraživanjima (12), postoji korelacija između alela pojedinih gena sa socijalnim i ekološkim okruženjem, u smislu osetljivosti na razvoj određenih psihopatoloških poteškoća. Istraživači su pronašli (12) da svaki od polimorfizama (5-HTTLPR, A118G, MAO) utiče na stepen u kojem dobrobit zavisi od kvaliteta socijalnog okruženja. Čvrsto povezane i pouzdane socijalne mreže koriste onima sa osetljivim alelima (5-HTTLPR). Naspurot tome, gubitak socijalne mreže i dobre povezanosti može ubrzati socijalnu psihopatologiju. Za ljude sa A118G, MAO, polimorfizmima postoji mogućnost da budu isključeni iz društvenih interakcija te da mogu biti posebno averzivni. Istraživači navode da postoji korelacija između relativnog udela tih alela i prevalencije depresije širom nacije. Istraživači svoje nalaze objašnjavaju putem SERT-gena odgovornog za ukupno raspoloženje. SERT-gen je opisan kao „gen depresije“, jer je poznato da je gen za regulaciju raspoloženja serotonin.

Istraživači su proučavali tri grupe gena, koji imaju kodirane proteinske sekvence, u smislu njihove povezanosti sa depresivnim poremećajem.

Međutim, utvrđivanje poligene determinacije postpartalne depresije ovim eksperimentom nije dalo uspješne rezultate. Jasniji rezultati dobijeni su kasnije, kada su rađene studije mozga posle rođenja. Promene u nivou estrogena povezane su sa promenom enzima monoamiono.oksidaza MAO A (13). Merili su MAO A u međumozgu kod 15 žena na četiri do šest dana nakon porođaja. Pronašli su da je zapremina MAO A značajno porasla (43%), u svim regionima mozga koji su istraživani, u poređenju sa 15 žena koje su bile u kontrolnoj grupi (13). Prema autorima, glavni nalaz ovog istraživanja jesu važne implikacije za sprečavanje postnatalne depresije i razvoj terapijskih strategija koje bi imale za cilj da nadoknade povišeni MAO u postnatalnom periodu.

Psihološki korelati postpartalne depresije

Porođaj i postpartalni period predstavljaju specifičan vid psiho-fiziološke maturacione krize u životu svake žene. Hormonalne promene, izmena telesne šeme, aktiviranje konflikata vezanih za trudnoću, kao i intrapsihička reorganizacija, koja nastaje preuzimanjem majčinske uloge, označavaju faktore koji su najznačajniji u precipitiranju psihičkih poremećaja tokom puerperijuma. U brojnim istraživanjima nastojalo se spoznati koji su to faktori rizika psihosocijalne prirode odgovorni za razvoj postpartalne depresije. Izražena postpartalna depresija povezana je sa siromaštvom (14). Interpersonalni faktori, kao što su siromašna socijalna podrška i loši partnerski odnosi, takođe su identifikovani kao faktori za razvoj postpartalne depresije (15,16). Izostanak podrške partnera je takođe povezan sa lošim napretkom u procesu terapije postpartum depresije (17), dok je porast socijalne podrške povezan sa pozitivnim ishodom tretmana (16).

Iako je prema definiciji četvrte verzije dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM- IV), postpartalna depresija obuhvata svaki nepsihotični depresivni poremećaj tokom prve četiri nedelje postpartuma, prema istraživačkim kriterijumima tokom prvih godinu dana nakon porođaja, a može imati početak tokom trudnoće. Postojanje antepartalne depresije može imati veliki prognostički značaj za postpartalnu depresiju (16).

Samopoštovanje i optimizam kod postpartalne depresije

Samopoštovanje je aspekt pojma o sebi koji objašnjava način na koji vidimo sebe i odnosi se na opšte mišljenje koje imamo o sebi ujedinjeno sa vrednošću koju pridajemo sebi kao osobi. Kod niskog samopoštovanja centralna verovanja o sebi su negativna, odnosno naše opšte mišljenje o sebi je da smo neadekvatni ili inferiorni, da nemamo prave vrednosti niti prava na dobre stvari u životu. U klasifikaciji postpartalne depresije obično se kao osnovni

simptom navodi nisko samopoštovanje (17,18). Samopoštovanje je bitnije narušeno, onda kada ne možemo da se identifikujemo sa ulogom koju smo stekli ili u kojoj se nalazimo trenutno, a sudeći po tome da je za ženu uloga majke jedna od ključnih u životu, onda nema mesta čuđenju zašto se tokom lečenja psihoterapijom postpartalne depresije, treba odvojiti poseban prostor za uspostavljanje samopoštovanja. Glavni uzrok niskog samopoštovanja kod majki jeste negativna procena sopstvene materinske sposobnosti. Pažnja majke je konstantno fokusirana na sadašnjost, njena pozitivna očekivanja budućnosti mogu biti manje efikasna u promovisanju opšte dobrobiti (19). Nekoliko istraživanja bavilo se pitanjima koji psihološki faktori mogu biti faktori prevencije postpartalne depresije. Polazeći od toga da je postpartalni period jako stresna situacija za ženu, njen nivo optimizma, samopoštovanje, izbor i primena strategija suočavanja sa stresom, može doprineti rezilijenciji protiv razvoja postpartalne depresije. Dispozicionalni optimizam i samopoštovanje proučavani su kao prediktori postpartalne depresije (19). Optimizam je povezan sa niskom stopom depresije tokom trudnoće i dve nedelje nakon trudnoće. Samopoštovanje je u niskoj povezanosti sa depresijom tokom perioda trudnoće, nakon rođenja i tri meseca po rođenju. Ovi podaci ukazuju da samopoštovanje i optimizam jesu pouzdani faktori koji doprinose diferencijalnoj osetljivosti na depresiju tokom postpartalnog perioda (19). U drugoj studiji meren je optimizam i pesimizam tokom trudnoće i tri nedelje nakon porođaja, s tim da se i depresija nakon porođaja procenjivala. Prema istraživanju u kojem su trudnice procenjivale svoj nivo optimizma tokom trudnoće, a kasnije procenjivale svoje trenutno stanje putem Edinburške skale postpartalne depresije, optimizam je bio u visokoj negativnoj korelaciji sa postpartalnom depresijom (20). Direktna veza između samopoštovanja i depresije kod prvorođice razlikuje se od odnosa između samopoštovanja i depresije kod žena u adolescentnom periodu (21). Kod žena adolescenata, usamljenost i socijalna podrška u većoj meri su povezani sa depresijom koja se doživi posle porođaja. Kako je adolescencija opisana kao period kada se čovekova samosvest još uvek razvija (22), moguće je da je socijalna podrška razvojno više važna za majke – adolescente, dok je samopoštovanje više važno za odrasle majke.

Osećaj bespomoćnosti jeste bazični problem depresije. Jednostavna imobilizacija psihičkog i fizičkog sistema ženi samo produbljuje osećaj bespomoćnosti. Dodatni rizik za nastanak depresije nekada predstavlja i nesigurnost u svoje potrebe, ciljeve i očekivanja.

Stres i postpartalna depresija

Pod pojmom stres najčešće podrazumevamo fiziološki, bihevioralni ili emocionalni odgovor organizma na neku preteću situaciju. Na

fiziološkom planu stres se primećuje u povećanoj koncentraciji nekih hormona u krvi, povećanoj provodljivosti kože, ubrzanom pulsu, povišenom krvnom pritisku, želudačanim tegobama, glavobolji, stanju hipertenzije, a nedavna istraživanja ukazuju na to da bi stres mogao negativno delovati i na celokupan imunitet organizma. To bi značilo da je stres povezan i s bolestima kao što su tumori i alergije (23). Osim toga, u stanju stresa javljaju se i neugodna osećanja straha, besa, bespomoćnosti, te opšti osećaj nelagodnosti i uznemirenosti. Nekada se stres može primetiti i u ponašanju ili kroz promene u kognitivnom funkcionisanju (npr. kroz promene u efikasnosti rešavanja problema). Stoga je poznavanje opštih strategija suočavanja sa stresom kao i opšta teorija stresa važna za razumevanje reakcija izazvanih nekim specifičnim stresorima, poput gubitka posla ili stanja nezaposlenosti. Uopšteno se može zaključiti da su adaptivne strategije suočavanja sa stresom povezane s pozitivnim osobinama ličnosti, dok su manje adaptivne strategije povezane s manje poželjnim osobinama. Na koji način će se neka osoba suočavati sa stresom u konkretnoj situaciji određeno je prvenstveno karakteristikama same situacije iako postoji dispozicija koju možemo nazvati stil suočavanja.

Povezanost između strategija suočavanja sa stresom i depresije nije istraživana kod žena sa postpartalnom depresijom. Zdrave strategije suočavanja sa stresom i visok nivo optimizma je povezan sa boljim psihičkim i fizičkim prilagođavanjem za odrasle tokom stresnog perioda. Zdrave strategije suočavanja sa stresom i visok nivo samopoštovanja mogu doprineti adaptivnom psihološkom funkcionisanju u roditeljstvu (24). Prema istraživanju (24) rezultati pokazuju da blizu 63% učesnika istraživanja podržava korišćenje instrumentalne podrške, prihvatnja, aktivnog umnožavanja i planiranja obaveza tokom nedelje koja sledi nakon porođaja. Manje od 3% žena koristi poricanje kao strategiju, da bi se nosile sa stresom tokom postporođajnog perioda, dok 25% žena oseća grižu savesti zbog svog ponašanja. Prvorotke koje imaju postpartalnu depresiju uglavnom se koriste strategijama suočavanja kroz povlačenje i grižu savesti. Ovi rezultati slični su studiji (25) koja je pronašla da postoji veza između strategija ispoljavanja i povlačenja sa većom uznemirenošću kod žena koje se leče od raka dojke. Griža savesti je negativno povezana i sa optimizmom i samopoštovanjem, gde bi povećanje optimizma i samopoštovanje značilo da umanjuje osećaj griže savesti i veću kontrolu nad situacijom. Smanjenje griže savesti može se dovesti u vezu sa poboljšanim pogledom na život i većim nivoom samopoštovanja.

Implikacija specifičnih strategija suočavanja sa stresom i efekat tih strategija na zdravlje ispitivana je u mnogim istraživanjima. Strategija suočavanja usmerenog na problem i suočavanje usmereno na emocije najbolji je način da žena očekuje pozitivan ishod ukoliko ima problema sa neplodnošću (26).

Terapija postpartalne depresije

Porast estrogena, progesterona i ostalih hormona velikim je delom odgovoran za snažna osećanja koja doživljava skoro svaka trudnica. Nakon porođaja, nivo hormona brzo opadne, a njihov pad se pripisuje prilagođavanju posle porođaja. Veoma je bitno da svaka trudnica bude svesna činjenice da je normalno biti emocionalno neuravnotežen do neke mere, ali ako su ta osećanja veoma jaka, trebalo bi da odmah potraži medicinsku pomoć. Danas su najpopularnije terapije estrogena i progesterona. Sve više se rade i ispitivanja funkcije štitne žlezde.

Estrogen terapija. Istraživači su pokazali da terapija estrogenom može biti korisna u lečenju postpartalne depresije (27). U studiji u kojoj su učestvovala 23 žene sa postpartalnom depresijom, koje su tretirane estradiolom, nakon dve nedelje lečenja, 70% bolesnica bilo je potpuno izlečeno od postpartalne depresije.

Progesteron terapija. Istraživači su popularizovali profilaktičku upotrebu progesterona za postnatalnu depresiju. Pokazno je da se kod žena koje su prethodno imale postporođajnu depresiju, uzimanjem progesteron terapije nakon porođaja simptomi smanjuju sa 68% na 10% (28). Međutim, sintetski progestageni su upleteni u uzrokovanju depresije kod žena koje ih koriste za kontracepciju (28). Dakle, postoje dokazi koji podržavaju mogućnost da progesteron ili može smanjiti ili povećati rizik od postporođajne depresije.

Kako bi rešili ovo pitanje, istraživači su proveli dvostruko slepu randomiziranu kontrolisanu studiju da utvrde uticaj dužeg korišćenja progestagen kontracepcije (29). Stotinu i osamdeset porodilja koje koriste ne-hormonsku metodu kontracepcije regrutirane su iz tercijarne bolnice u Južnoj Africi. Ženama je nasumično, u roku od 48 sati nakon porođaja, data pojedinačna doza od 1ml injekcije progesterona uz pomoć intramuskularne injekcije, ili placebo 1ml fiziološkog rastvora placeba uz pomoć intramuskularne injekcije. Nakon intervencije, istraživači su uz pomoć Edinburške skale postnatalne depresije (EPDS) i Montgomery-Asberg lestvice depresije (MADRS), merili postpartalnu depresiju tokom prvog, šestog i dvanaestog meseca nakon porođaja. U poređenju sa placebo grupom, žene koje su primale injekcije progestagena imale su znatno veći rizik za razvoj depresije u periodu od 6 nedelja nakon porođaja. Relativni rizik od oboljevanja (iznad 9 na MADRS i iznad 11 na EPDS) za žene u eksperimentalnoj grupi bila je 2,56 (95% CI = 1,26 - 5,18) i 3,04 (95% CI = 1,52-6,08). Ovakvi rezultati upućuju na oprezno korišćenje progesteronskih kontracepcijskih sredstava nakon porođaja.

Funkcija štitne žlezde. Istraživanja pokazuju da žene koje su pozitivne na antitela štitnjače u trudnoći imaju rizik za razvoj postporođajne depresije (30). Za testiranje hipoteze da stabilna

funkcija štitnjače nakon porođaja uz dnevne doze tiroksina, korišćena je dvostruko-slepa-placebo kontrolisana studija, sprovedena u Velikoj Britaniji, gde je 100mg tiroksina ili placebo davano na uzorku od 446 žena koje su imale pozitivna antitela štitnjače, u vremenskom periodu od 6-24 nedelje nakon poroda (30,31). Majčinsko raspoloženje i stanje štitnjače procenjivani su svake 4 nedelje nakon porođaja. Rezultati su pokazali da nije bilo nikakvog dokaza da tiroksin ima uticaja na pojavu depresije. Ovakva studija nudi dokaz da je postporođajna depresija najverovatnije povezana sa faktorima rizika, kao što su negativni događaji u životu, nego da su uzroci postpartalne depresije biohemijske prirode.

Hormonske promene počinju sa prvom menstruacijom što povećava njihovu ranjivost za psihološke, okolinske i fiziološke promene tokom reproduktivnog perioda. U stresnim situacijama, kod trudnica, promene u fiziološkom smislu su intenzivnije. Stoga nastaju specifični poremećaji raspoloženja u vreme visoke hormonske fluktuacije, kao što je porođaj.

Zaključak

Problemi sa raspoloženjem tokom trudnoće faktor su rizika za postpartalnu depresiju. Prevalenca poremećaja raspoloženja tokom ranog

perioda života je kod žena koje imaju postpartalnu depresiju više izražena nego kod opšte populacije, što ukazuje na potencijalne genetske ili porodične komponente poremećaja.

Žene koje su imale predmenstrualne komplikacije mogu imati i problema sa raspoloženjem nakon porođaja usled promene aktivnosti serotonina. Naglo povećanje monoaminoxidaze nakon porođaja, uzrokuje pojavu postpartalne depresije, dok se kod žena koje su nakon porođaja depresivne simptomi mogu smanjiti terapijom progesterona i estrogena. Disbalans u lučenju tiroksina nije povezan sa pojavom depresivnih simptoma.

Samopoštovanje i optimizam jesu pouzdani faktori koji doprinose diferencijalnoj osetljivosti na depresiju tokom postpartalnog perioda

Uopšteno se može zaključiti da su adaptivne strategije suočavanja sa stresom povezane s pozitivnim osobinama ličnosti, dok su manje adaptivne strategije povezane s manje poželjnim osobinama.

Zahvaljujući širokoj paleti psihofarmaka (antidepresiva i antipsihotika novije generacije), ali i psihoterapijskih tehnika, omogućen je brz i uspešan oporavak većine pacijentkinja. Neophodno je međutim naglasiti da tretman ovih poremećaja u svakom slučaju treba da bude u skladu sa individualnim specifičnostima i potrebama svake žene ponaosob.

Literatura

1. Fleming AS, Ruble DN, Flett GL, Shaul D. Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interactions. *Dev Psychol* 1988; 24(1): 71-81. [[CrossRef](#)]
2. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002; 70(3): 291-306. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Grote NK, Bledsoe SE. Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: the role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health Soc Work* 2007; 32(2): 107-18. [[PubMed](#)]
4. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307): 257-60. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Savitz DA, Stein CR, Ye F, Kellerman L, Silverman M. The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. *Ann Epidemiol* 2011; 21(6): 399-406. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993; 23(4): 967-75. [[CrossRef](#)]
8. Silverman ME, Loudon H, Liu X, Mauro C, Leiter G, Goldstein MA. The neural processing of negative emotion postpartum: a preliminary study of amygdala function in postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(4): 355-9. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Zinga D, Phillips SD, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(Suppl 2): 56-64. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
10. Treloar SA, Martin NG, Bucholz P, Madden AF, Heath AC. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychological medicine*. 1999; 29: 645-654 [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract* 2002; 19(5): 469-70. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
12. Way BM, Lieberman M. Is there a genetic contribution to cultural differences? Collectivism, individualism and genetic markers of social sensitivity. *Social cognitive Affect Neurosci* 2010; 5(2-3): 203-11. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, Hassan S, Bloomfield PM, et al. Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Ach Gen Psychiatry* 2010; 67(5): 468-74. [[PubMed](#)]
14. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry* 2000; 45(5): 554-8. [[PubMed](#)]
15. Damjanović M, Stanković M. Uticaj konstelativnih faktora porodilje na pojavu i karakteristike postnatalne depresije. *Acta Medica Medianae* 2007; 46(4): 44-7.
16. Miljković S, Stanković M, Lakić A. Psihijatrijski poremećaji tokom trudnoće i postpartalnog perioda. In: Miladinovića P, editor. *Urgentna stanja u ginekologiji i perinatologiji*. Niš: Medicinski fakultet Niš; 2006. p. 191-227.
17. Morris AP. What to expect when you are expecting the best: The role of optimism, coping, and self-esteem in the development of postpartum depression. *School of Professional Psychology* 2006; paper 38. Available from: URL: <http://commons.pacific.edu/spp/38>
18. Fontaine K, Jones L. Self-esteem, optimism and postpartum. *J Clin Psychol* 1997; 53(1): 59-63. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Carver CS, Gaines JG. Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognit Ther Res* 1987; 11(4): 449-62. [[CrossRef](#)]
20. Fazlagić A, Soleša-Grijak Đ. Optimizam i emocionalna inteligencija kod postpartalne depresije. Sažetak radova. VII Dani primenjen psihologije Niš; 2011.
21. Schwarz DF. Intervening to improve outcomes for adolescent mothers and their children. *American J Lifest Med* 2007; 1(6): 482-9. [[CrossRef](#)]
22. Rosenberg M. *Society and the adolescence self-image*. 2nd edition. Middletown (CT): Wesleyan University Press; 1989.
23. Zakowski S, Hall MH, Baum A. Stress, stress management, and the immune system. *Appl Prev Psychol* 1992; 1: 1-13. [[CrossRef](#)]
24. Cwikel J, Segal-Engelchin D, Mendlinger S. Mothers' coping styles during times of chronic security stress: effect on health status. *Health Care Women Int* 2010; 31(2): 131-52. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Culver J, Arena P, Wimberly S, Antoni M, Carver C. Coping among African American, Hispanic, and Non Hispanic White Women recently treated for early stage breast cancer. *Psychol Health* 2004; (19): 157-166. [[CrossRef](#)]
26. McQueeny D, Stanton A, Sigmon S. Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *J Behav Med* 1997; (20): 313-31. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual psychologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001; (62): 332-6. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace S, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. *University Health Network Women's Health Program*; 2003. Available from : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_exec_sum.pdf
29. McCoy SJB, Beal M, Shipman M, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106(4): 193-8. [[PubMed](#)]
30. Dennis C. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 115-24. [[PubMed](#)]
31. Dennis C. Preventing postpartum depression part I: A review of biological interventions. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 476-475. [[PubMed](#)]

PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF POSTPARTUM DEPRESSION

Anida Fazlagić

According to the definition of the fourth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), postpartum depression may include any non-psychotic depressive disorder during the first four weeks of postpartum, according to research criteria during the first year after birth. The exact cause of postpartum depression is not yet known, and most researchers believe that postpartum depression is a bio-psycho-social problem. So far, the biological aspect of the disease is explained by changing the levels of estrogen and progesterone during pregnancy, and by decrease of hormone levels after birth. Psychological correlates are often associated with low self-esteem, pessimism as a personality trait, bad strategies of coping with stress, mood swings and emotional reactions. The social aspect of the disease is associated with the existential conditions of pregnant woman, support of partners and education level. This paper will include issues like hereditary causes and possible psychological factors of postpartum depression prevention.

Nowadays, it is estimated that on average 15% of women, regardless of the pregnancy outcome, are suffering from postpartum depression. However, this information includes only those women who were diagnosed with postpartum depression and who themselves reported about it. Almost every woman receives basic care during pregnancy to prevent complications in the physiological level. This paper has shown possible psychological factors of postpartum depression prevention, the impact of optimism, self-esteem and coping skills. *Acta Medica Medianae 2011;50(4):62-68.*

Key words: *postpartum depression, optimism, self-esteem, stress, mother*