

·综述·

产后抑郁的影响因素及其心理疗法

郭丹¹, 杜彩素²

(1 大连大学护理学院; 2 大连大学学科建设处, 辽宁大连, 116622)

[关键词] 产后抑郁; 心理疗法; 护理

[中图分类号] R473.71 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2015)01-0064-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.01.018

Influencing factors of postpartum depression and psychotherapy

Guo Dan, Du Caisu//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(01):64.

[Key words] postpartum depression; psychotherapy; nursing

产后抑郁是指产后6周内第一次发病(既往无精神障碍病史),以情感持续低落为基本特征的一组精神障碍,可伴有思维和行为的改变及躯体症状^[1]。产妇常表现为忧郁,情绪不稳定,易激怒,焦虑,失眠和疲劳等。通常开始于产后第3天或第4天,一般于1~2d后缓解,并可能在产后最初几周复发。2010年调查结果显示^[2],产后抑郁在发展中国家发病率为10%~15%,在发达国家为40%。产后抑郁不仅危害产妇身心健康,婚姻家庭和睦,还对婴儿发育,情感认知等产生极大的影响,严重产妇有自杀和杀害新生儿的倾向^[3]。产妇的心理问题已经成为一个不可忽视的社会问题,本文将针对产妇产后抑郁的影响因素及其心理疗法综述如下。

1 产后抑郁的影响因素

1.1 生物学因素

1.1.1 基因与遗传因素 国外研究报道^[4],既往有抑郁病史的产妇,产后抑郁发生率为25%~50%,若再次怀孕其复发率为50%~75%。Forty等^[5]研究表明,产后4周内发生产后抑郁与遗传因素有相

关性。国外学者提出^[6],不同基因之间相互关系的复杂性导致产后抑郁,研究发现有三个类型的基因编码的蛋白质与产后抑郁有相关性,它们是中枢神经系统单胺相关的基因,促炎细胞因子、和大脑神经肽。

1.1.2 躯体因素 何英等^[7]研究表明,妊娠合并疾病者,产后抑郁发生率较高。国外研究者发现^[8],妊娠期肥胖产妇,产后抑郁发生率较高,同时产后肥胖也是产后抑郁发生的独立危险因素。也有学者研究发现^[9],产妇的睡眠质量与产后抑郁的发生存在相关性,睡眠质量差的产妇产后抑郁发生率较高。

1.1.3 激素水平因素 产妇在分娩前后孕酮、雌激素、皮质醇、催乳素、甲状腺素等水平变化很大,这些有神经活性的激素水平变化可能与产后情绪变化有关^[10]。①雌激素具有多种神经调节功能,它通过调节5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)及一些信息而发挥抗抑郁作用。产后雌激素水平急剧下降,一方面降低了5-羟色胺的活性,使敏感的产妇产生抑郁情绪;另一方面,雌激素水平下降导致多巴胺受体出现超敏状态,也可导致产妇发生心境障碍。②孕激素能调节许多神经递质系统,如去甲肾上腺素能神经元、多巴胺神经元及γ-氨基丁酸(γ-aminobutyric acid, GABA)能神经元。分娩后孕激素水平突然下降,造成抑制神经冲动不足,多巴胺功能亢进,产生抑郁情绪^[11]。③催乳素能影

[收稿日期] 2014-04-12

[作者简介] 郭丹(1987-),女,辽宁大连人,护师,硕士,主要从事妇产科护理工作。

[通信作者] 杜彩素,教授,研究生导师,硕士,E-mail: dldxdes@163.com。

响多巴胺的活动,并改变多巴胺受体的敏感性。研究发现^[12],患有产后抑郁产妇血清催乳素水平高于正常产妇,故推测产后催乳素水平持续升高与产后抑郁的发生存在相关性。④促肾上腺皮质激素释放激素(corticotropin releasing hormone, CRH)水平与产后抑郁的关系是目前研究的热点。国外学者研究发现^[13],妊娠晚期血清 CRH 水平高的产妇,产后抑郁发生率较高,产后抑郁症状较明显。同时,受到良好家庭支持的产妇,妊娠期 CRH 升高水平低于没有受到家庭支持的产妇^[14]。但 Rich-Edward 等^[15]研究却发现,妊娠期间 CRH 升高,并未增加产妇产后抑郁的风险,但患有产前抑郁的产妇 CRH 水平高于未患产前抑郁的产妇。Meltzer-Brody 等^[16]研究发现,妊娠中期 CRH 水平升高不会增加产后抑郁的风险。因此,对于该激素与产后抑郁的关系还有待于进一步研究。⑤甲状腺激素:在调节情绪方面有重要作用,游离三碘甲状腺原氨酸(free triiodothyronine, FT₃)和血清游离甲状腺素(serum free thyroxine, FT₄)水平降低是产后抑郁发生的危险因素^[17]。⑥国外最新研究发现^[18],妊娠期间促进催产素的释放,提高血浆催产素浓度可预防产后抑郁的发生。

1.1.4 其他生物学因素 研究发现^[19],高龄产妇产后抑郁发生率较高,分析原因是由于高龄产妇自身机体条件相对较差,妊娠期并发症的发生率较高,进而使产妇出现各种心理障碍,同时高龄产妇分娩紧张,增加了分娩难度,从而成为产后抑郁的危险因素。有学者研究发现^[20],不同的分娩方式对产后抑郁的发生也有明显影响,剖宫产产妇产后抑郁发生率是阴道分娩的 6.82 倍。也有研究者发现^[21],分娩季节对产后抑郁的发生也有影响,冬季分娩的产妇产后抑郁发生率高。

1.2 心理学因素

心理学家认为,妇女在妊娠期和产后均有暂时性的情感退化现象,例如情感脆弱,依赖性增强等。分娩结束后产妇需要从妊娠期和分娩期的不适、痛苦、焦虑中恢复,需要接纳家庭新成员,这一过程称为产褥期心理调适^[22]。研究发现^[23],产妇的人格类型与产后抑郁的发生具有相关性,“忧郁型”性格产妇,如性格内向、以自我为中心、敏感、情绪

不稳定等产妇,产后抑郁发生率较高。自我效能感是指人们成功实施和完成某个行为目标或应付某种困难情境能力的信念。俞微等^[24]研究发现,产妇自我效能感与产后抑郁的发生呈负相关。产妇妊娠期间心理状态是产后抑郁的重要预测因子^[25],妊娠期间焦虑、心理压力大、发生的不良事件多的产妇,产后抑郁症发生率较高。

1.3 社会学因素

1.3.1 家庭关系 研究发现^[26],夫妻关系不融洽和婆媳关系紧张是中国产妇发生产后抑郁的两个独立危险因素。产褥期妇女最想得到支持和理解也来源于丈夫。

1.3.2 社会支持 社会支持也称社会关系网,指人在社会关系网络中所获得的来自他人的物质和精神上的帮助和支持。有学者通过对台湾移民产妇产后抑郁相关因素分析发现,社会支持、社会态度与产后抑郁的发生率呈负相关,产后早期给予产妇良好的社会支持能有效预防产后抑郁的发生^[27]。

1.3.3 文化程度 国外学者研究发现^[28],文化程度低的产妇产后抑郁发生率较高,原因在于文化程度低的产妇自觉获取知识的态度和能力较差,缺乏孕产期生理卫生常识,从而无目的地担心忧虑较多,进而发展成为产后抑郁。但国内学者研究却发现^[19],文化程度较高的产妇(特别是知识女性),产后抑郁发病率较高,原因是由于知识女性工作竞争压力大,产后担心失去工作或晋升机会,同时担心孩子抚养问题,故产后抑郁发病率较高。分析两者研究结论可能是由于文化差异导致研究结果的不一致。

1.3.4 家庭经济状况 家庭经济状况与产后抑郁的发生呈负相关^[29]。家庭收入低的产妇由于担心孩子出生带来的经济负担或沉重的医疗费用,故产后抑郁发生率较高。

1.3.5 新生儿因素 研究发现^[30],不良的妊娠结局,如胎儿畸形、新生儿死亡等是产后抑郁的危险因素。对于新生儿性别,在国内之前的研究发现^[31],受中国传统观念的影响,生女孩的产妇,由于受到家庭给予的压力、得不到良好的家庭支持,产后抑郁发生率较高。随着社会的发展,人们思想观念的

改变和文化程度的提高,新生儿的性别已不再是产后抑郁的主要诱发因素。

2 心理治疗

研究显示^[32],接受药物治疗的产后抑郁患者比接受心理治疗患者并没有明显优势,且考虑到药物不良反应及对母乳喂养婴儿的影响,心理疗法在治疗产后抑郁方面的作用日益突出。目前,国内外常用的治疗产后抑郁的心理治疗方法大致有如下几种。

2.1 认知疗法

认知疗法是指人们对一件事情的看法与态度可以影响人的心理及行为。它是通过认知与行为技术来改变患者的不良认知,达到矫正并适应不良行为的治疗目的。认知疗法主要通过认知重建、心理应付、问题解决等技术进行心理辅导和治疗。通过认知疗法,护理人员和产妇进行持续、不断深入的交流,充分了解产孕妇发生抑郁的原因,和产妇共同分析对产褥期自身、家人、朋友及周围环境的看法和期望中存在的不当之处,协助产妇分析这些看法或态度和现实所存在的差距,并指出这些不当认知所具有的非功能性及病态性,向产妇讲解变换观念和态度的重要性。研究发现^[33],认知疗法能够有效改善妊娠期孕妇抑郁症状,接受认知疗法的孕妇在分娩时能保持良好的情绪,降低产妇的疼痛感,促进产程顺利进展,减少分娩时间、提高顺产率,同时降低产后抑郁症的发生率。

2.2 艺术疗法

美国艺术治疗协会(American Art Therapy Association, AATA)认为,艺术心理治疗是指在专业的工作关系中,面对疾病、创伤和生活挑战而寻求自我成长的人对艺术所进行的一种具有特定目的的运用,通过创作艺术作品及对艺术作品和整个创作过程的反思,提高接受治疗者对自我和对他人觉察力,减轻精神症状、心理压力、创伤体验,提高认知能力,并在创作过程享受其为生活带来的快乐体验^[34]。国内艺术疗法主要指音乐疗法,是指运用音乐特有的心理、生理效应,使受治疗者在相关人员的指导和帮助下,通过专门设计的音乐内容,经历音乐的体验,以消除心理障碍,恢复

心理及生理健康,达到强健身心、防病治病的目的。研究表明^[35],音乐疗法可为产妇提供适宜的产后环境,调整产妇不良情绪和心境,明显改善产妇的自知力,减轻其抑郁程度。国外艺术疗法不仅包括音乐疗法,还包括舞蹈疗法、美术疗法、书画疗法、阅读疗法等。艺术疗法不仅能舒缓患者的心情,还能给患者创造发挥特长的空间,实现自身价值,因此在国外受到普遍的认同。

2.3 行为疗法

强调通过对环境的控制来改变人的行为表现。目的是利用强化的方法,使产妇消除某一特定行为,建立新的行为方式。它通过提供特定的学习环境,促使产妇改变自我,摒弃不良行为。护理人员根据每个患者个别差异为她们设计每周的运动锻炼计划,根据她们自身的身体状况建立每日活动安排表,并鼓励产妇坚持写育儿日记,记下孩子成长过程,将运动锻炼和记录育儿体验逐渐溶入到产妇的日常生活中,使她们改变为行为习惯。研究表明^[35],认知行为疗法可有效缓解产妇的抑郁情绪,改善家庭关系。

2.4 支持疗法

支持疗法是指医护人员合理地采用劝导、启发、同情、支持、理解、提供保证、应急无害化指导以及改变环境等方法,帮助患者认识问题、消除顾虑、改善心境、提高信心,从而促进身心康复的过程,它是一种指导性结合操作性的心理疗法^[36]。护理人员主要通过聆听、询问、交谈、劝慰、疏导、鼓励的方式,建立良好的护患关系,使其积极配合,帮助产妇认同母亲角色。根据初产妇知识缺乏的特点,医护人员向其传授产褥期母婴保健知识,指导产妇正确进行乳房护理和母乳喂养。另外,家庭支持与社会支持也很重要。家庭支持:根据产妇的家庭经济情况,采用家庭成员间的互动模式给予适当的安慰,鼓励产妇,提高产妇的自信心。社会支持:医护人员给予产妇社会支持意义方面的知识介绍,如人性化的护理模式,让产妇体会到被尊重,被支持和被理解。研究表明^[27],良好的社会支持能有效预防产后抑郁的发生。

2.5 非指导性咨询疗法

又称来访者中心疗法,指心理咨询师或相关

工作者除了对患者的问题作出判断或提供建议之外,更注重给予患者提供精神上的理解和情感上的支持,帮助患者进行心理疏导。该疗法通过帮助患者进行自我探索,使之从否定自己的某些情感和体验转化到接受和体验自己此时此刻的全部情感和思想,认识自己的本来面目,促进成熟过程,取得新的内部和谐,从而消除焦虑和紧张情绪。研究表明^[37-38],非指导性咨询疗法对于治疗成年抑郁患者有较好的疗效,对产后抑郁患者具有良好的近期疗效。

2.6 人际心理疗法

强调人际关系事件和情绪症状之间的关联并以此作为治疗结合点,该疗法将人际关系的障碍和社会功能的减退看作是抑郁的一个促发因素或者是抑郁的后果,通过提高患者解决人际问题的能力而缓解抑郁症状。产后抑郁患者往往人际关系紧张或存在不同程度的人际交往问题(婆媳或婚姻关系不良等),而人际心理治疗使个体在安全的氛围下,认识和改变不良的人际模式,并提高自己的人际交往技巧与解决人际问题的能力。研究表明^[39],人际心理治疗有利于纠正产妇的不良人际关系,发展更有效的人际交往技巧和能力。

2.7 团体心理疗法

团体心理疗法指是为了某些共同目的将当事人集中起来加以治疗的心理干预方法,该方法主要通过团体成员间的各种心理接触和互动来实现。团体心理疗法必须抓住产妇的共性问题,告诉产妇这些共性问题的具体解决方法和技巧。研究表明^[40],团体人际心理治疗能够改善产后抑郁症患者的人际能力和社会功能,对产后抑郁有较好的疗效。

3 小结

综上所述,产后抑郁作为产褥期最常见的并发症之一,它的发病是生物学因素、心理学因素和社会学因素共同作用的结果。心理疗法作为产后抑郁的有效预防和治疗方法,能改变产妇不正确的认知,减少产妇的负性心理,使其情绪稳定,精力充沛,配合医护人员的工作、保证母婴安全、对产后尽快恢复具有重要的意义。医护人员应综合产妇的不同心理问题,采取不同的心理疗法对产妇实施心理引导,从而减少产后抑郁的发生。

参考文献:

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2版.北京:人民卫生出版社,2004:1049.
- [2] Lobato G, Brunner MAC, Dias MAB, et al. Higher rates of postpartum depression among women lacking care after childbirth: Clinical and epidemiological importance of missed postnatal visits[J]. Archives of Women's Mental Health, 2012, 2: 145-146.
- [3] Bick D, Howard L. When should women be screened for postnatal depression[J]. 2010, 2: 151-154.
- [4] Marcus SM. Depression during pregnancy: Ates, risks and consequence - Motherrisk Update 2008[J]. Can J Clin Pharmacol, 2009, 1: 15.
- [5] Forty L, Jones L, Macgregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: Results of a family study[J]. Am J Psychiatry, 2006, 9: 1549-1553.
- [6] Elizabeth JC, Kohen R, Jarrett M, et al. The heritability of postpartum depression[J]. Biol Res Nurs, 2010, 1: 73-83.
- [7] 何英, 何国平. 430例产妇产后抑郁发生及相关因素的研究[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(13): 1539-1541.
- [8] Sharon J, Janet W, Oken E. Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth[J]. Obesity, 2008, 16: 1296-1301.
- [9] Kemple L, Sharpe L, Bartlett D. Sleep education during pregnancy for new mothers[J]. BMC Pregnancy and Childbirth, 2012, 155: 1471.
- [10] 赵加玲, 周东升, 于国林. 产后抑郁影响因素研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(8): 1154-1158.
- [11] 李林. 产后抑郁症发病机制中内分泌因素的研究现状及进展[J]. 中国计划生育学杂志, 2010, 9: 570-572.
- [12] Liu H, Ding R, He H. The Levels of serum progesterone and prolactin in postpartum depression[J]. Journal of University of South China (Medical Edition), 2010, 4: 27.
- [13] Galea LA. Conadal hormone modulation of Neumgenesis in the dentate gyrus of adult male and female rodents[J]. Brain Res Rev, 2008, 57: 332-341.
- [14] Hahn-Holbrook J, Schetter CD, Arora C, et al. Placental corticotropin-releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression[J]. Clinical Psychological Science, 2013, 1(3): 253-265.
- [15] Rich-Edwards JW, Mohllajee AP, Kleinman K, et al. Elevated mid-pregnancy corticotrophin releasing hormone is associated with prenatal, but not postpartum, maternal depression[J]. The Journal of Clinical Endocrinology &

- Metabolism, 2008, 93(5): 1946–1951.
- [16] Meltzer–Brody S, Stuebe A, Dole N, et al. Elevated corticotropin releasing hormone (CRH) during pregnancy and risk of postpartum depression (PPD)[J]. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2011, 1: 40–47.
- [17] Lambrinoudaki I, Rizos D, Armeni E, et al. Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women[J]. Journal of affective disorders, 2010, 3: 278–282.
- [18] Skrandz M, Bolten M, Nast I, et al. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression[J]. Neuropsychopharmacology, 2011, 36(9): 1886–1893.
- [19] 刘翠红, 关凤枝, 杨文霞. 产后抑郁患者心理分析及护理对策探讨[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(1): 88–89.
- [20] John A. Yozwiak. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches [J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2010, 23: 172–178.
- [21] Yang SN, Shen LJ, Ping T, et al. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression[J]. Journal of Affective Disorders, 2011, 132(1): 158–164.
- [22] 郑秀霞. 妇产科护理学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 91–98.
- [23] Ambrosini A. Postpartum depression and melancholic type of personality: A pilot study[J]. Journal of Psychopathology, 2013, 19: 3–13.
- [24] 俞微, 张红梅. 自我效能感、归因方式与产后抑郁的相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(14): 1317–1318.
- [25] Witt WP, DeLeire T, Hagen EW, et al. The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: A nationally representative population-based study[J]. Archives of Women's Mental Health, 2010, 5: 425–437.
- [26] Siu BWM, Leung SSL, Ip P, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A prospective study of Chinese women at maternal and child health centres [J]. BMC Psychiatry, 2012, 1: 22.
- [27] Chen HH, Hwang FM, Tai CJ, et al. The Interrelationships among acculturation, social support, and postpartum depression symptoms among marriage-gated immigrant women in Taiwan: A cohort study[J]. Journal of Immigrant and Minority Health, 2013, 1: 17–23.
- [28] Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, et al. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life[J]. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2011, 3: 249–257.
- [29] Miszkurka M, Goulet L, Zunzunegui MV. Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada[J]. Can J Public Health, 2010, 5: 358–364.
- [30] Nelson DB, Freeman MP, Johnson NL, et al. A prospective study of postpartum depression in 17,648 parturients[J]. The Journal of Maternal–Fetal & Neonatal Medicine, 2013, 26(12): 1155–1161.
- [31] 周晨慧, 廖少玲, 刘琼玲, 等. 社会因素与产后抑郁症的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(1上旬版): 11–12.
- [32] Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches [J]. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2010, 3: 172–178.
- [33] 向琴. 认知疗法在改善妊娠期抑郁症状的临床效果研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(5): 674–675.
- [34] 邱鸿钟. 艺术心理治疗的理论与实践[M]. 广州: 暨南大学出版社, 2010: 3.
- [35] Lee SM. The effects of music therapy on postpartum blues and maternal attachment of puerperal women [J]. Journal of Korean Academy of Nursing, 2010, 1: 60–68.
- [36] Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, et al. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis [J]. Clinical Psychology Review, 2012, 4: 280.
- [37] Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: A pilot study[J]. Yonsei medical journal, 2008, 49(4): 553–562.
- [38] 刘芳, 李乐之. 不同心理治疗方法对产后抑郁症干预效果的 Meta 分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(10): 923–926.
- [39] Stuart S. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression [J]. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2012, 2: 134–140.
- [40] Mulcahy R, Reay RE, Wilkinson RB, et al. A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression [J]. Archives of Women's Mental Health, 2010, 2: 125–139.

[本文编辑: 刘晓华]