

孕产妇抑郁症与情感气质相关性研究进展

张丽* 张娟

济南市妇幼保健院 济南 250001

摘要: 女性在孕产期面临多种生理、心理及社会因素的挑战, 这些因素相互作用, 可能导致抑郁症的发生。孕产期抑郁症(PND)是一种严重的精神障碍, 对母婴关系及婴儿成长发育产生深远影响。本文探讨了女性孕产期抑郁症与情感气质之间的相关性, 通过文献综述和实际研究数据, 分析了孕产期抑郁症的成因、影响因素及其与情感气质的内在联系。

孕产期抑郁症的成因复杂, 包括内分泌变化、遗传因素、身体因素及心理社会因素等。其中, 内分泌因素是导致PND的生物学基础, 而心理社会因素则起到重要的触发和加剧作用。情感气质作为个体稳定的心理特征, 与孕产期抑郁症的发生具有显著的相关性。例如, 具有内向、敏感、焦虑等情感气质特征的女性, 在孕产期更容易出现抑郁症状。

关键词: 情感气质; 孕产期抑郁; 双相情感障碍

1. 引言

孕产期抑郁症(perinatal depression, PND)又称围产期抑郁症, 指妊娠期、产后或两者兼有之以显著而持久的心境低落为主要特征的心境障碍性疾病, 包括产前抑郁症(antenatal depression, AD)和产后抑郁症(postpartum depression, PPD)^[1]。围产期抑郁会引起母亲强烈的悲伤和焦虑, 并阻止其与婴儿建立联系或母乳喂养, 严重者可能会想到或实际上伤害自己或孩子^[2]。从发病率来说, 产后抑郁大约为产前抑郁的1.6倍^[3]。尽管产后抑郁的发病率很高, 但诊断和治疗不足。在产后抑郁的女性中, 只有30.8%在临床环境中被识别出来, 15.8%接受治疗, 6.3%接受适当治疗, 3.2%达到缓解^[4]。重要的是, 围产期抑郁症通常是慢性重度抑郁症发作的诱因, 因为几乎每3名女性中就有1名在分娩后至少4年仍报告抑郁症状^[5]。因此, 预防和治疗产后抑郁已然成为当代医学亟待解决的重大问题之一。

目前, 研究治疗孕产期抑郁症主要聚焦发病机理、预测方法和干预措施等方面, 较少有人关注产妇的情感气质在孕产期抑郁中的作用。气质是表现在心理活动强度、速度、灵活性和指向性等方面的一种稳定的心理特征, 人的气质是先天的, 受神经系统特性的制约。有研究指出情感气质可能是引起某些精神疾病或障碍的原因^[6]。孕产妇的情感气质决定了其对应激事件的适应和调整能力, 而孕产期是妇女一生中经历身心变化的重大时期, 极其考验其应变适应能力。因此, 孕产妇的情感气质可能是决定孕产期抑郁的重要因素

之一。因此, 本文主要从孕产妇情感气质这一崭新视角, 全面关注产前抑郁和产后抑郁及其内在关联性, 综述孕产妇(无精神病等慢性疾病史)的情感气质与产前和产后抑郁的相关性, 揭示孕产妇情感气质在孕产期抑郁中扮演的角色。本文可能为孕产期抑郁的筛查和预防提供重要依据; 亦为针对不同情感气质产妇的个性化干预方案提供重要参考。

2. 情感气质的分类与特征

情感气质的概念由Akiskal HS^[7]等提出, 其将情感气质视为情绪状态的倾向, 并根据设计的情感气质自评量表(TEMPS-A)将情感气质分为五种维度: 循环气质、抑郁气质、易怒气质、情感旺盛气质和焦虑气质。抑郁气质指多表现有持续的悲伤和持续自我怀疑、敏感内向、嗜睡等; 循环气质多指情绪易在高涨和低落中波动、有摇摆的人际关系、物质滥用、嗜睡和少睡交替等; 情感旺盛气质多展现为精力充沛和自信、不羁、慷慨、但有时轻率和草率等; 易怒气质多显露出烦躁的过度反应、持续的愤怒和脾气暴躁、幽默、沉思、过度批评等; 焦虑气质多表现为担心自己和直系亲属的幸福倾向, 相关表现包括觉醒、警觉、紧张、易怒、睡眠不安和胃肠不适^[8]。目前的研究发现, 五种情感气质是亚症状(与人格特质相关)的表现形式, 同时也是抑郁症的前兆^[9]。多达20%的人口具有某种明显的情感气质, 抑郁型、循环型和焦虑型气质在女性中更为常见, 而情感旺盛型和易怒型气质则在男性中更为常见^[10]。分子遗传学研究表明, 中枢5-羟色胺(抑郁型、循环型、易怒型和焦虑型气质)和多巴胺(躁

狂型气质)系统参与度很高,这表明主要情绪发作的遗传潜力存在于这些气质之中^[10]。

3. 产前抑郁和孕妇情感气质的相关性

先前有研究证明,激素变化可能会影响抑郁症的发生^[11],雌激素和睾酮被认为是情绪变化的提升剂^[12]。雌激素会加快单胺氧化酶的降解速度和神经元内的运输速度,进而增加突触中血清素的可用量而改善情绪变化^[12]。女性怀孕期间雌激素水平大量上升,之前研究表明,妊娠期对情绪障碍有保护作用^[13]。但最近的研究表明,妊娠期双相患者因情绪稳定剂突然停药,随时有复发的风险^[14]。Bennett等人^[15]的综述研究报告称,妊娠期前三个月抑郁的患病率与正常人群相似,而在妊娠中期和晚期,抑郁的患病率是正常人群的两倍。Yazici等^[16]人对孕期女性的情感气质进行了评估发现,相对于非孕期女性,孕期女性情感旺盛型气质的评分更高。怀孕期间孕酮和脱氢表雄酮水平的升高可能与情感旺盛气质得分升高和总体心理平静程度的增加有关^[17]。此前,在Yazici等^[9]人的研究中发现,孕期女性抑郁、易怒、焦虑和循环质评分较低。显而易见,孕期女性会变得更加亢奋,把抑郁、焦虑和易怒的情绪抛在脑后,而情感旺盛气质很可能是双相障碍的危险因素,情感旺盛性气质评分较高的人群患双相障碍的风险较高。

4. 产后抑郁和孕妇情感气质的相关性

产后抑郁症是指女性于产褥期出现明显的抑郁症状或典型的抑郁发作,与产后心绪不宁和产后精神病同属产褥期精神综合征,发病率在15%~30%^[18]。典型的产后抑郁症于产后6周内发生,可在3~6个月自行恢复,但严重的也可持续1~2年,再次妊娠则有20%~30%的复发率^[19]。其临床特征与其他时间抑郁发作无明显区别。在妊娠分娩的过程中,体内内分泌环境发生了很大变化,尤其是产后24小时内,体内激素水平的急剧变化是产后抑郁症发生的生物学基础。研究发现,临产前胎盘类固醇的释放达到最高值,患者表现情绪愉快;分娩后胎盘类固醇分泌突然减少时患者表现抑郁^[20]。目前,研究治疗产后抑郁症主要聚焦发病机理、预测方法和干预措施等方面,较少有人关注产妇的情感气质在产后抑郁中的作用。在目前的双相情感障碍概念中,产后抑郁症的出现被认为是双相情感障碍的一个指标,此外,通过双相情感障碍可以探索情感气质,特别是循环型和情感旺盛型气质^[21,22]。J.Masmoud等^[23]人估计产后抑郁的患病率,

并根据情感TEMPS-A评估受影响者的情感气质特征,结果显示产后抑郁具有焦虑、抑郁、易怒和循环气质的混合特征,是一种常见的精神性紊乱疾病,需要正确的筛查和识别。Paolo Girardi等^[24]人评估了分娩后女性的情感气质与情感障碍之间的关系,具有焦虑、循环气质的女性患抑郁症的可能性大大增加。很多学者认为,由TEMPS-A评估的焦虑和循环气质与几种精神疾病密切相关,包括情绪障碍^[10,25-27]。

5. 结论

情感气质对孕产期抑郁症的影响:女性的情感气质在孕产期抑郁症的发生中扮演着重要角色。具有内向、敏感、焦虑等特征的女性,在面对孕产期的生理、心理及社会压力时,更容易产生抑郁情绪。这些情感气质特征可能导致她们对孕产期的变化更加敏感,从而增加抑郁症的风险。

孕产期抑郁症的成因复杂:孕产期抑郁症的成因不仅涉及生物学因素,还包括心理社会因素。内分泌变化、遗传因素、身体因素以及产前抑郁障碍、自尊感、婴儿抚育应激等心理社会因素,均与PND的发生密切相关。这些因素相互作用,共同影响着女性的孕产期心理健康。

预防和治疗孕产期抑郁症的重要性:鉴于孕产期抑郁症对母婴健康及家庭关系的深远影响,预防和治疗孕产期抑郁症显得尤为重要。通过提高家庭支持水平、进行规范的孕产期健康教育、创造温馨的诊疗环境以及孕产妇自我心理准备等措施,可以有效降低PND的发生率。对于已经出现抑郁症状的女性,应及时寻求专业医生的帮助,进行针对性的治疗。

综上所述,女性孕产期抑郁症与情感气质之间具有显著的相关性。了解并关注这一相关性,有助于我们更好地理解孕产期抑郁症的成因和影响因素,从而采取有效的预防和治疗措施,保障母婴健康和家庭幸福。

参考文献:

- [1] 章柳宵, NATHAN O, 虞天一, et al. 孕产期抑郁症生物标志物的研究进展[J]. 中国药科大学学报, 2022, 53(01): 120-4.
- [2] VAN NIEL M S, PAYNE J L. Perinatal depression: A review [J]. Cleve Clin J Med, 2020, 87(5): 273-7.
- [3] STEWART A L, PAYNE J L. Perinatal Depression: A Review and an Update [J]. Psychiatr Clin North Am, 2023, 46(3): 447-61.
- [4] COX E Q, SOWA N A, MELTZER-BRODY S E, et al. The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward

- Improving Outcomes [J]. *J Clin Psychiatry*, 2016, 77(9): 1189–200.
- [5] WOOLHOUSE H, GARTLAND D, MENSAH F, et al. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care [J]. *Bjog*, 2015, 122(3): 312–21.
- [6] 林啸, 黄佳, 粟幼嵩, et al. 双相障碍患者情感气质与躁狂症状的关系研究 [J]. *精神医学杂志*, 2018, 31(06): 401–6.
- [7] AKISKAL H S, MENDLOWICZ M V, JEAN-LOUIS G, et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament [J]. *J Affect Disord*, 2005, 85(1–2): 45–52.
- [8] AKISKAL H S. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type [J]. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 1998, 393: 66–73.
- [9] YAZICI E, TERZI H, BOSGELMEZ S, et al. Affective temperaments in pregnancy [J]. *Gynecol Endocrinol*, 2014, 30(12): 894–8.
- [10] RIHMER Z, AKISKAL K K, RIHMER A, et al. Current research on affective temperaments [J]. *Curr Opin Psychiatry*, 2010, 23(1): 12–8.
- [11] YAZICI E, BURSALIOGLU F S, AYDIN N, et al. Menarche, puberty and psychiatric disorders [J]. *Gynecol Endocrinol*, 2013, 29(12): 1055–8.
- [12] DOUMA S L, HUSBAND C, O’ DONNELL M E, et al. Estrogen-related mood disorders: reproductive life cycle factors [J]. *ANS Adv Nurs Sci*, 2005, 28(4): 364–75.
- [13] SHARMA V, POPE C J. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review [J]. *J Clin Psychiatry*, 2012, 73(11): 1447–55.
- [14] VIGUERA A C, COHEN L S, BALDESSARINI R J, et al. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits [J]. *Can J Psychiatry*, 2002, 47(5): 426–36.
- [15] BENNETT H A, EINARSON A, TADDIO A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review [J]. *Obstet Gynecol*, 2004, 103(4): 698–709.
- [16] YAZICI E, USLU YUVACI H, YAZICI A B, et al. Affective temperaments during pregnancy and postpartum period: a link to hyperthymic temperament [J]. *Gynecol Endocrinol*, 2018, 34(3): 265–9.
- [17] BUCKWALTER J G, STANCZYK F Z, MCCLEARY C A, et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood [J]. *Psychoneuroendocrinology*, 1999, 24(1): 69–84.
- [18] JONES I, SHAKESPEARE J. Postnatal depression [J]. *Bmj*, 2014, 349: g4500.
- [19] BRUMMELTE S, GALEA L A. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care [J]. *Horm Behav*, 2016, 77: 153–66.
- [20] KROSKA E B, STOWE Z N. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting [J]. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2020, 47(3): 409–19.
- [21] AKISKAL H S. Personality as a Mediating Variable in the Pathogenesis of Mood Disorders: Implications for Theory, Research, and Prevention; proceedings of the Depressive Illness, Berlin, Heidelberg, F 1988//, 1988 [C]. Springer Berlin Heidelberg.
- [22] AKISKAL H S. The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions [J]. *J Affect Disord*, 2005, 84(2–3): 107–15.
- [23] MASMOUDI J, TRABELSI S, CHARFEDDINE F, et al. [Evaluation of affective temperaments in the postpartum depressive symptomatology] [J]. *Encephale*, 2010, 36 Suppl 2: D14–21.
- [24] GIRARDI P, POMPILI M, INNAMORATI M, et al. Temperament, post-partum depression, hopelessness, and suicide risk among women soon after delivering [J]. *Women Health*, 2011, 51(5): 511–24.
- [25] RIHMER Z, GONDA X, AKISKAL K K, et al. Affective temperament: a mediating variable between environment and clinical depression? [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64(9): 1096–7.
- [26] POMPILI M, RIHMER Z, AKISKAL H S, et al. Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients [J]. *Psychopathology*, 2008, 41(5): 313–21.
- [27] KESEBIR S, VAHIP S, AKDENIZ F, et al. [The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder] [J]. *Turk Psikiyatri Derg*, 2005, 16(3): 164–9.