

P R A C E P O G L Ą D O W E

ZABURZENIA PSYCHICZNE OKOŁOPORODOWE – EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, KLASYFIKACJA, LECZENIE

JOANNA RYMASZEWSKA¹, MARZENA DOLNA³, MARIAN GRYBOŚ²,
ANDRZEJ KIEJNA¹

W pracy przedstawiono aktualną wiedzę na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w okresie ciąży i porodu oraz ich klasyfikację. Na podstawie najnowszych badań omówiono prawdopodobne patomechanizmy ich występowania, czynniki ryzyka i możliwości terapeutyczne.

Problem zaburzeń nastroju oraz innych zaburzeń psychicznych związanych z ciążą i porodem znany jest od stuleci (3). Badania statystyczne podają, że aż 80% kobiet doświadcza wahań nastroju w czasie ciąży i po urodzeniu dziecka, a pomimo to poświęcano temu problemowi stosunkowo mało uwagi (12). Dopiero w IV edycji klasyfikacji DSM, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne umieściło określenie „zaburzenia psychiczne mające początek po porodzie”, podkreślając tym samym ich odmienny charakter. Pojawiły się pierwsze badania i klasyfikacje pozwalające ocenić stan psychiczny kobiety w tym szczególnym okresie jej życia. Ciąża i poród są stanem fizjologicznym, jednak zachodzące w organizmie zmiany neurohormonalne wywołują u wielu kobiet wahania nastroju, stany depresyjne oraz inne zaburzenia psychiczne. Problemy kobiet oraz promocja zdrowia stają się obecnie coraz ważniejsze w międzynarodowych programach ochrony zdrowia.

Epidemiologia zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym

Dane epidemiologiczne podają, że kobiety dwa razy częściej zapadają na depresję niż mężczyźni (11,12). Występowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych wzrasta u kobiet w wieku prokreacyjnym, tj między 18 a 44 rokiem życia. Od czasu wystąpienia pierwszej miesiączki aż do wieku menopauzalnego kobiety cierpią z powodu specyficznych zaburzeń nastroju, do których należą: zespół napięcia przedmiesiączkowego, wahania nastroju w okresie menopauzy, depresja związana z okresem ciąży i porodu czy też spowodowana utratą dziecka (poronieniem) lub niemożnością zajścia w ciążę. Badania wskazują, że czynniki wpływające na występowanie zaburzeń depresyjnych są ponadkulturowe, wspólne dla wszystkich kobiet bez względu na ich narodowość czy różnice kulturowe (1, 11).

Już w XI wieku Trotula z Salerno, ówczesny ginekolog, opisywał objawy nazywane obecnie napięciem przedmiesiączkowym, stany przygnębienia w okresie poporodowym oraz zaburzenia w klimakterium. Współcześni badacze (np. Gater (11)) wykazali, że

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu; kierownik: prof. dr hab. A. Kiejna

² I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM we Wrocławiu; kierownik: prof. dr hab. M. Gryboś

³ Specjalistyczny Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

kobiety, które rodziły częściej chorują na depresję. Możliwe jest, że jednym z czynników jest długofalowy wpływ hormonów płciowych na mózg.

Badania przeprowadzone w USA i Kanadzie podają, że na depresję choruje po porodzie 12 do 15% kobiet. Badania Wisner określają, że jeden na siedem epizodów depresyjnych wymagających leczenia jest związany z urodzeniem dziecka. Kendell stwierdził wzrost przyjęć do szpitali psychiatrycznych kobiet w psychozie, w pierwszych trzech miesiącach po urodzeniu dziecka. Po tym krytycznym okresie zachorowalność wraca do poziomu występowania w populacji (3, 11).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przyznało niedawno, że istnieje specyficzny związek między zaburzeniami nastroju a urodzeniem dziecka, i że zaburzenia psychiczne wywołane przez ciążę czy poród mają niepowtarzalny charakter. Opierając się głównie na pracach zespołu, który opracował DSM IV, znajdujemy w ostatniej wersji tej klasyfikacji określenie „początku choroby po porodzie” (postpartum onset), stosowane zarówno do zaburzeń poporodowych psychotycznych i niepsychotycznych. Szacuje się, że ponad 80% kobiet w okresie okołoporodowym doświadcza wahań nastroju, ale jedynie 10-20% spełnia kryteria zaburzenia afektywnego według DSM IV (12, 13).

Według danych Meir Steiner i Kimberly Yonkers (Medical Center USA) rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych okołoporodowych jest następujące: objawy depresji w czasie ciąży– 25-35%, przygnębienie poporodowe 50-85%, depresja połogowa 10-20% oraz psychoza połogowa 0,1-0,2% (12).

Etiologia zaburzeń

Ciąża i poród, które są stanem fizjologicznym, wywierają ogromny wpływ na organizm kobiety, zarówno jeśli chodzi o zmiany fizyczne jak i psychiczne. Zwrócono uwagę, że ponieważ wahania nastroju pojawiają się w tym samym czasie co zmiany hormonalne związane z ciążą i porodem, to prawdopodobnie zachodzi między nimi związek przyczynowy. Jeżeli występują zaburzenia depresyjne, to maksimum ich nasilenia przypada na 5 dzień po urodzeniu dziecka, czyli w okresie największych wahań hormonalnych, które zachodzą naturalnie w wyniku porodu.

Do wystąpienia zaburzeń afektywnych w okresie okołoporodowym przyczynia się spadek poziomu estrogenów, progesteronu i kortyzolu (1, 11). Próbuje się wyjaśniać „nadwrażliwość” na występowanie zaburzeń psychicznych mechanizmem neurohormonalnego kindlingu na drogę metabolizmu monoamin w układzie limbicznym oraz na uwalnianie neuropeptydów. Wiele badań wskazuje na rolę hormonów płciowych, hormonów tarczycy, prolaktyny, kortyzolu, endorfin, tryptofanu i innych peptydów w etiologii depresji poporodowej. Hormony gonad wpływają na ośrodkowe drogi metabolizmu monoamin i peptydów. Wpływają też modulacyjnie na układ monoamin, a gwałtowny spadek poziomu estrogenów i progesteronu może wpływać negatywnie na szlaki związane z regulacją nastroju. Część badaczy zwróciła uwagę, że głębokość reakcji monoamin na zmiany hormonalne jest uwarunkowana genetycznie.

U części kobiet po porodzie stwierdzono zaburzenia w osi podwzgórze–przysadka–tarczyca, a 6% chorób autoimmunologicznych gruczołu tarczycowego występuje właśnie u kobiet po porodzie (11, 3). Związek z osią podwzgórze–przysadka–nadnercza jest trudny do oceny, ponieważ poziom kortyzolu naturalnie wzrasta w ciąży i w okresie karmienia piersią–oś podwzgórzowo–przysadkowo–nadnerczowa jest zaraz po porodzie fizjologicznie nadczynna („efekt pułapu”–ceiling effect). Dlatego pomiary wzdluż osi HPA u kobiet w połogu nie mogą stanowić wskaźnika depresji. Wyniki testu hamowania deksametazonem były negatywne lub fałszywie pozytywne, nie wykazywały związku

z poporodowymi zmianami nastroju. Podnosi się jednak rolę osi HPA w macierzyńskich reakcjach kobiet, wykazano, że matki z pozytywną postawą macierzyńską miały wysoki poziom kortyzolu we krwi. Prawdopodobnie kortyzol przyczynia się u kobiet w sposób pośredni do rozwoju uczuć macierzyńskich (12). Efekty gwałtownego poporodowego spadku poziomu większości hormonów i neuromodulatorów są stale badany problemem.

Pojawiają się sugestie dotyczące roli endorfin. Mianowicie, kobiety, u których poporodowy spadek β -endorfiny nastąpił szybciej, są bardziej podatne na zmiany nastroju (12). Wieck stwierdza wzmoczoną odpowiedź hormonu wzrostu na apomorfinę u kobiet z ryzykiem psychozy poporodowej, co sugeruje występowanie nadwrażliwości receptorów dopaminowych w układzie limbicznym. Spadek poziomu tryptofanu w surowicy w 2-6 dniu po porodzie jest wiązany z objawami tzw. maternity blues (11).

Gwałtowne obniżenie poziomu estrogenów tuż po porodzie wiązane jest z objawami depresji poporodowej. Spadek poziomu estrogenów i progesteronu po porodzie może przyczyniać się także do wystąpienia zaburzeń lękowych (progesteron łączy się z receptorami GABA) Klein podaje, że poziom dwutlenku węgla podczas ciąży jest niższy z powodu hiperwentylacyjnego wpływu progesteronu, co zmniejsza nasilenia objawów lęku panicznego. Z kolei po porodzie poziom ten gwałtownie spada i wraca do normy, co współlistnieje z nasileniem napadów paniki. W przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych rozważa się wpływ oksytocyny na układ limbiczny (11).

Dotychczas nie prowadzono badań dotyczących wzajemnych związków między systemem serotonergicznym a hormonami gonadowymi w czasie ciąży i po porodzie. Istnieje możliwość, że poporodowy spadek poziomu hormonów gonadowych może wywoływać zmiany układu serotonergicznego u kobiet szczególnie wrażliwych lub genetycznie predysponowanych. Zmiany te wywołują zaburzenia nastroju. Z kolei badania występowania zaburzeń afektywnych poporodowych w rodzinach dostarczają dalszych dowodów na istnienie podłoża biologicznego (12).

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka można podzielić na czynniki socjoekonomiczne, występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości, występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie oraz cechy osobowości (obsesyjno-kompulsywne, lękowe itd.).

Czynniki socjoekonomiczne obejmują brak wsparcia społecznego, negatywne zdarzenia życiowe, niepewność co do zatrudnienia, brak doświadczenia w opiece nad dzieckiem, nieplanowana ciąża, pesymizm przedporodowy, złe relacje małżeńskie lub brak męża, nadużycia emocjonalne w obecnym związku, złe relacje z matką oraz wielokrotne porody (4, 12, 15).

Wyodrębniono także tzw. dodatkowe czynniki ryzyka: próby samobójcze w przeszłości, problemy związane z poprzednimi ciążami (poronienie, aborcja, choroba lub wady genetyczne dziecka), zła opieka prenatalna, niedożywienie oraz używanie narkotyków i/lub alkoholu. Inni badacze podają jako czynniki ryzyka depresji po porodzie: zaburzenia afektywne w rodzinie, występowanie w wywiadzie chorób afektywnych, brak wsparcia otoczenia, powikłania medyczne-położnicze oraz tzw. „trudne” niemowlę. Niepowiązane z depresją są: dojrzały wiek matki, karmienie piersią, niski status ekonomiczny, poziom edukacji (11, 12).

Z kolei u dzieci matek depresyjnych stwierdza się częstsze występowanie zaburzeń emocjonalnych i kognitywnych. Obniżony nastrój u matki wpływa na jej możliwości adekwatnej opieki nad niemowlęciem. Jednym z często nie rozpoznawanych w porę problemów jest związek między depresją matki a zaburzeniami w rozwoju niemowlęcia.

Ostatnie badania wskazują, że okres wczesnopoporodowy to czas, gdy wzrasta ryzyko samobójstwa. Wczesna diagnostyka matki ma znaczenie nie tylko dla jej stanu zdrowia, ale dla rozwoju niemowlęcia, a także dla innych dzieci, które są od niej zależne.

Wiele kobiet, które chorują psychiatrycznie w czasie ciąży, ma w wywiadzie występowanie w rodzinie zaburzeń depresyjnych lub lękowych albo też same doświadczyły depresji lub lęku we wcześniejszym okresie życia. Występowanie nasilonych zaburzeń nastroju przed miesiączką sugeruje biologiczną wrażliwość, która może razem z czynnikami hormonalnymi po porodzie zwiększać ryzyko depresji. Inne stresory – jak brak wsparcia, sytuacja finansowa, socjalna, choroby w czasie ciąży, powikłania położnicze, kumulują się w okresie końca ciąży. Po porodzie nakładają się gwałtowne zmiany neurohormonalne (11).

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w okresie ciąży i po porodzie

1. Maternity blues. Około 50-80% kobiet cierpi po porodzie z powodu tzw. maternity blues. Objawy zwykle rozpoczynają się w 2-3 dobie po porodzie i osiągają maksymalne nasilenie w 5-7 dobie, a po 2 tygodniach ustępują samoistnie. Objawy obejmują chwiejność nastroju z uczuciem radości przechodzącym w płaczliwość, lęk, zaburzenia snu, drażliwość. Leczenie polega głównie na udzieleniu matce psychologicznego wsparcia, pomocy w opiece nad noworodkiem, aby matka mogła odpocząć. Rzadko objawy mogą utrzymywać się do 4 lub 5 tygodnia po porodzie i wtedy spełniają kryteria tzw. małej depresji wg DSM IV, która ustępuje przeważnie do 8 tygodnia. Te przedłużające się objawy blues bywają też nazywane „complicated blues”.

2. Depresja poporodowa „czysta”. Depresja poporodowa tzw. „pure postpartum depression” pojawiają się w pierwszych czterech tygodniach po porodzie (10-20% kobiet wykazuje objawy depresji w pierwszym tygodniu po porodzie). Narastanie objawów występuje w ciągu 30 dni od urodzenia dziecka. Spełniają one kryteria epizodu dużej depresji. Jest to pierwszy epizod w życiu kobiety. Zwykle w wywiadzie stwierdza się występowanie zaburzeń afektywnych w rodzinie. Depresja pojawia się tutaj tylko w kontekście poporodowej depresji, początek jest najczęściej nagły. Choroba ma specyficzny wymiar, ponieważ zawsze dotyka co najmniej relacji matka – dziecko, a przeważnie całej rodziny. W leczeniu stosuje się leki przeciwdepresyjne i psychoterapię.

3. Depresja w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych. Trzecia grupa to kobiety, które wcześniej przebyły już epizod małej lub dużej depresji, lub dystymii. Często w rodzinie występuje depresja lub zaburzenia lękowe. Poporodowy epizod depresji jest najcięższy z dotychczasowych. U kobiet tych stwierdzono też występowanie wcześniej objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Początek objawów depresji przypada zwykle na kilka tygodni do kilku miesięcy po porodzie.

W wyniku zaburzeń depresyjnych z grupy 2 oraz 3 zaburzone jest funkcjonowanie pacjentki i pełnienie roli matki. Oprócz typowych objawów depresji występuje brak zainteresowania dzieckiem, niezdolność poradzenia sobie z opieką nad niemowlęciem lub nadmierne rozmyślanie i lęki o zdrowie dziecka. Pojawia się też poczucie niespełnienia w roli matki – („zawiodłam jako matka” – zwłaszcza u kobiet z rodzin dysfunkcyjnych, które miały trudne dzieciństwo i chcą zapewnić swemu dziecku to, czego same nie otrzymały. Mogą również wystąpić natrętne, agresywne myśli dotyczące skrzywdzenia dziecka (16). W ciężkiej postaci występują myśli o samobójstwie lub samobójstwie poszerzonym (włączając dziecko). Depresja poporodowa czasami rozwija się w postaci utajonej, jej początek bywa nie rozpoznawany, szczególnie, gdy pierwsze objawy są łagodne, a skargi pacjentki bagatelizowane. Kiedy objawy osiągną znaczne nasilenie hospitalizacja chorej staje się niezbędna, tak więc wczesne rozpoznawanie ma ogromne znaczenie.

Opracowano różne metody badań przesiewowych. Należy do nich m.in. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS– Edinburgh Postnatal Depression Scale), która okazała się być bardziej efektywna w wykrywaniu objawów depresyjnych od rutynowego badania klinicznego (10). Do diagnostyki depresji poporodowej używana jest także Skala Becka. EPDS już uznano za obowiązującą, wykorzystuje się ją też w telefonicznych badaniach przesiewowych, wprowadzono ją do badań klinicznych oraz przetłumaczono na wiele języków. W przypadku występowania zaburzeń depresyjnych wyniki w skali EPDS podają 12 lub 13 punktów z 30 możliwych w tej skali.

Objawy okołoporodowych zaburzeń nastroju obejmują najczęściej: bezsenność, zaburzenia odżywiania (brak lub nadmierny apetyt), drażliwość, przygnębienie, smutek, zamartwianie się, brak energii, zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennych obowiązków, izolowanie od otoczenia, narzekanie na brak wsparcia otoczenia, niewłaściwa interpretacja zachowań dziecka, zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi oraz poczucie zagubienia.

Badania epidemiologiczne wykazały, że duża część kobiet (25-35%) cierpi z powodu obniżonego nastroju już w okresie ciąży, ale jedynie 20% z tych kobiet spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych typu małej lub dużej depresji wg DSM IV. Występowanie depresji w ciąży jest rzadsze niż po porodzie. Szczyt nasilenia objawów przypada na pierwszy trymestr ciąży, w drugim trymestrze objawy ustępują, aby ponownie nasilić się w trzecim trymestrze. Objawy depresyjne w ciąży są zwykle zapowiedzią depresji poporodowej.

4. Psychoza połogowa. Do czwartej grupy zaburzeń psychicznych w okresie poporodowym zaliczamy psychozę poporodową (połogową), która występuje u 1 na 500-1000 kobiet. Objawy narastają gwałtownie w ciągu kilku pierwszych dni, rzadziej 2-3 tygodni po urodzeniu dziecka. Czynniki ryzyka wystąpienia psychozy obejmują pierwszy poród, choroby psychiczne w rodzinie oraz choroba psychiczna w wywiadzie.

Objawy najczęściej przypominają zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub zespoły zaburzeń świadomości (majaczeniowe) (3, 11). Przejawiają się silnym pobudzeniem psychoruchowym, zaburzeniami orientacji w otoczeniu, czasie, falowaniem świadomości, zaburzeniami koncentracji uwagi. Psychoza połogowa uniemożliwia normalne funkcjonowanie pacjentki i możliwości opieki nad dzieckiem. W skrajnej sytuacji istnieje wysokie ryzyko samobójstwa lub dzieciobójstwa. Psychozy o obrazie zaburzeń dwubiegunowych przejawiają się niepokojem, bezsennością, w pierwszej fazie objawami hipomanii. Początkowo są postrzegane jako nadmierny niepokój o dziecko, a w ciągu około 2 tygodni rozwija się pełen obraz choroby, spełniający kryteria manii lub depresji psychotycznej. Pacjentka z psychozą połogową powinna być leczona w oddziale stacjonarnym (zagrożenie dla zdrowia i życia jej i dziecka). Psychoza może w 90% nawracać przy kolejnych porodach.

5. Zaburzenia lękowe. Objawy lękowe w okresie poporodowym występują głównie u kobiet, które już w przeszłości miały stany lękowe. Spełniają kryteria lęku napadowego lub uogólnionego (PD lub GAD). Niektórzy autorzy opisywali poprawę jeśli chodzi o PD. Objawy pojawiają się w pierwszych 2-3 tygodniach po porodzie, najczęściej w połączeniu z objawami depresji.

6. Zaburzenia obsesyjno–kompulsyjne. Występują w pierwszych 6 tygodniach po urodzeniu dziecka. Stwierdzono, iż czynnikiem ryzyka są tu m.in. komplikacje położnicze. Charakterystyczne są natrętne, agresywne myśli dotyczące skrzywdzenia dziecka, często w brutalny sposób (uduszenie, utopienie, wyrzucenie przez okno). Matka zaczyna unikać dziecka, występuje lęk lub depresja w związku z myślami natrętnymi, żeby skrzywdzić

dziecko. Pojawienie się natręctw jest związane z zaburzeniami w układzie serotonergicznym oraz ze spadającym poziomem hormonów gonadalnych. Podnosi się też rolę oksytocyny (6, 11).

Zasady leczenia kobiet w okresie ciąży i po porodzie

Podstawowym postępowaniem terapeutycznym w zaburzeniach okołoporodowych jest profilaktyka. Działania prewencyjne zmniejszają w grupach ryzyka liczbę kobiet z poporodowymi zaburzeniami nastroju. Zapobieganie obejmuje identyfikację kobiet narażonych na zachorowanie, edukację, psychoterapię wspierającą przed i zaraz po porodzie. W leczeniu zaburzeń nastroju związanych z porodem ważna jest opieka nad pacjentką i jej rodziną. Stosuje się psychoterapię indywidualną, rodzinną i grupową. Szczególnie efektywna wydaje się być psychoterapia interpersonalna (skupiająca się na poprawie relacji w związkach z ludźmi oraz usprawnieniu zdolności komunikacji), która nawet o połowę redukuje nasilenia objawów depresyjnych (7).

W decyzji o farmakoterapii kobiet przed i po urodzeniu dziecka należy rozważyć ryzyko zarówno wpływu choroby na matkę i płód, jak też ryzyko ewentualnego farmakogenego uszkodzenia płodu. Nie można wykluczyć działania teratogenego żadnego środka psychotropowego, który przenika przez łożysko. Ocena ryzyka działania teratogenego jest bardzo trudna.

Podjęmowane są próby klasyfikacji ryzyka opierające się nie tylko na negatywnych wynikach badań porównawczych, ale też na wynikach doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach i doniesieniach o występowaniu zaburzeń rozwoju u ludzi. Amerykańska Komisja Żywności i Leków (Food and Drug Administration) podzieliła leki na pięć kategorii:

A. Grupa leków bezpiecznych dla płodu – nie ma w niej leków psychotropowych

B. Leki, co do których nie ma danych, by powodowały uszkodzenia płodu, ale wyniki badań u zwierząt mogą sugerować wyższe ryzyko wad wrodzonych. W kategorii tej mieszczą się neuroleptyki: klozapina, sulpiryd, tioksanteny, leki anksjolityczne: buspiron, zopiklon, leki przeciwdepresyjne: fluoksetyna, maprotylina, paroksetyna, sertralina.

C. Leki, których stosowanie w ciąży wiąże się z ryzykiem powstania wad, na co wskazują badania u zwierząt. Stosuje się je w ciąży tylko, gdy korzyść wynikająca z działania usprawiedliwia ryzyko dla płodu. Zaliczamy tutaj większość neuroleptyków, dezypraminę, doksepinę, klonazepam.

D. Leki, których stosowanie zwiększa ryzyko wad rozwoju płodu. Zaliczamy – haloperidol, większość benzodiazepin, amitryptylinę, imipraminę, mianserynę.

X. Leki, których nie wolno podawać w ciąży ze względu na wykazane szkodliwe działanie na płód i duże ryzyko wad wrodzonych. Należy tu estazolam, temazepam, triazolam.

W czasie ciąży należy unikać stosowania neuroleptyków między 4 a 10 tygodniem. Leki odstawić na 2 tygodnie przed planowanym porodem. Słabe neuroleptyki bardziej wpływają na krążenie łożyskowe, bezpieczniejsze są silne neuroleptyki (9).

W pierwszym trymestrze ciąży należy unikać stosowania tymoleptyków. Stosować najmniejsze skuteczne dawki i tylko w nasilonych depresjach. W łagodniejszych stosować psychoterapię. W ciężkich psychotycznych depresjach rozważyć leczenie elektrowstrząsami. Jeśli chodzi o stosowanie benzodiazepin to należy uwzględnić ryzyko występowania objawów abstynencyjnych u noworodka. Mogą one pojawić się nawet z 8 tygodniowym opóźnieniem. Jeśli niezbędne jest podane BZD to należy wybrać lek niemający aktywnych metabolitów i krótko działający. Nie należy stosować BZD w okresie 2 tygodni przed porodem. W wielu badaniach klinicznych wykazano, że w ciężkiej depresji lub psychozie

u kobiet w ciąży skuteczna i bezpieczna jest terapia elektrowstrząsowa (9, 12). Istnieją również doniesienia o skuteczności fototerapii w leczeniu dużej depresji u ciężarnych pacjentek (8).

Wiedza o efektach działania na noworodka leków zażywanych przez karmiącą matkę jest bardzo skąpa. Transport leków odbywa się różnymi drogami, ale głównie jest to dyfuzja przez błony. Stężenie leku zależy od gradientu stężeń, rozpuszczalności leku w tłuszczach, stopnia jonizacji i wiązania z białkami. Zależy nie tylko od dawki podanej matce, ale także okresu półtrwania leku, czasu od zażycia leku do karmienia i od długości okresu laktacji. Noworodek jest szczególnie wrażliwy na leki psychotropowe, ponieważ jego filtracja substancji przez nerki jest słabsza, ma słaby metabolizm, niedostatecznie wykształcone układy enzymatyczne wątroby, słabo wykształconą barierę krew – płyn mózgowo-rdzeniowy. Szczególnie duże ryzyko kumulacji leku występuje u wcześniaków i noworodków z hiperbilirubinemią. Największe ryzyko związane z działaniem leku psychotropowego przypada na pierwsze 10 tygodni życia noworodka (9).

W leczeniu matek karmiących należy stosować najmniejsze skuteczne dawki podzielone. Monitorować stężenie leku we krwi. Matka powinna zażywać leki bezpośrednio przed karmieniem lub po nim, aby zmniejszyć stężenie leku w czasie karmienia. Stężenie środków psychotropowych w mleku jest znacznie wyższe 7-10 godzin po przyjęciu leku. Ryzyko dla niemowlęcia można dodatkowo zmniejszyć odrzucając tę porcję pokarmu.

U noworodka, którego matka przyjmuje neuroleptyki występują: niedowaga, zaburzenia ssania, objawy pozapiramidowe, apatia, żółtaczka zastoinowa. U dzieci matek przyjmujących leki TLPD stwierdzano zaburzenia oddychania, mioklonie, tachykardię, zatrzymanie moczu. Ryzyko wystąpienia tych działań niepożądanych spada po 10 tygodniu życia dziecka. Kobiety karmiące piersią nie powinny przyjmować leków anksjolitycznych ani normotymicznych. (stężenie litu w mleku matki odpowiada 30-100% stężenia we krwi i może spowodować u dziecka karmionego piersią zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej). Badania potwierdzają korzystne efekty leczenia zaburzeń poporodowych estrogenem, zarówno w monoterapii, jak i dodanego do leków psychotropowych (2, 5, 11).

Zdając sobie sprawę, jak ważny dla prawidłowego rozwoju dziecka jest emocjonalny związek matki z niemowlęciem już od pierwszych dni po porodzie, lekarze w wielu krajach doprowadzili do powstania w szpitalach psychiatrycznych specjalnych oddziałów dla matek z małymi dziećmi. Leczenie w takim oddziale umożliwia tworzenie więzi matka-dziecko, stwarza jednak również problemy natury praktycznej (konieczność zatrudnienia doskonale wyszkolonego personelu, wzmocnienie opieki pielęgniarskiej) (12,14,13).

PODSUMOWANIE

Badania epidemiologiczne wykazują, że 10-20% kobiet cierpi w okresie ciąży czy po porodzie z powodu zaburzeń nastroju. Znaczna część depresji poporodowych jest kontynuacją nawracających zaburzeń depresyjnych (ryzyko wystąpienia depresji po porodzie jest wyższe u kobiet, które już wcześniej chorowały na zaburzenia afektywne). Wystąpienie zaburzeń nastroju w związku z ciążą i porodem łączone jest ze zmianami w układzie neurohormonalnym i ze spadkiem poziomu estrogenów i progesteronu po porodzie. Podnosi się też rolę hormonów tarczycy, kortyzolu. Istotną rolę odgrywa czynnik genetyczny (kobiety, u których w rodzinie występowały zaburzenia psychiczne narażone są bardziej na zachorowanie po porodzie).

W leczeniu zaburzeń psychicznych związanych z ciążą i porodem należy uwzględnić ryzyko, jakie niesie ze sobą działanie leków psychotropowych na płód oraz na niemowlę karmione piersią. Decyzja o farmakoterapii powinna zapaść po rozważeniu czy korzyści z niej płynące przewyższają ryzyko. Włączenie leczenia jest np. niezbędne w ostrej psychozie lub głębokiej depresji z tendencjami samobójczymi lub w zagrożeniu dzieciobójstwem. Należy wybierać leki o najmniejszym działaniu teratogennym (uwzględnić podział wg kategorii FDA), o najkrótszym czasie półtrwania. Powinno się stosować najmniejsze skuteczne dawki podzielone, a najlepiej monitorować stężenie leku we krwi. W okresie karmienia piersią nie należy stosować benzodiazepin ani leków normotymicznych, a leki psychotropowe podawać bezpośrednio przed karmieniem. Powinno się stosować środki, o których dostępne są pełne informacje, unikać leków mało znanych.

Należy ograniczać ryzyko narażenia noworodka na działanie leków, ale wziąć też pod uwagę problem relacji matka–dziecko. Zajmowanie się niemowlęciem przez matkę w głębokiej depresji nie pozostaje bez wpływu na psychikę dziecka. Choroba psychiczna zaburza tworzenie więzi między matką a jej nowonarodzonym dzieckiem.

Z tych powodów ważna jest profilaktyka oraz edukacja, wczesna diagnostyka kobiet obarczonych ryzykiem zaburzeń okołoporodowych, udzielenie im pomocy i wsparcia. Stosowane są obecnie testy pomagające w diagnostyce zaburzeń nastroju, należą do nich: skala EPDS oraz kwestionariusz Birmingham.

MENTAL DISORDERS DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM PERIOD – EPIDEMIOLOGY, ETIOLOGY, CLASSIFICATION AND TREATMENT

J. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejna

Summary

The paper presents current knowledge about the prevalence of mental disorders during pregnancy and postpartum period and its' classification. Possible pathomechanisms of its incidence, risk factors and therapeutic possibilities based on the newest research were described.

PIŚMIENNICTWO

1. Abou-Salah MT, G nubash R. *The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. Acta Psychiatr Scand* 1997; 5: 428-32. — 2. Ahokas A, Aito M, Rimon R. *Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. J Clin Psychiatry* 2000; 61: 166-169. — 3. Bokhari R, Bhatara VS, Bandettini F, McMillin JM. *Postpartum psychosis and postpartum thyroiditis. Psychoneuroendocrinology* 1998; 23: 643-650. — 4. Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R et al. *A history of personal violence and postpartum depression: Is there a link? Arch Womens Ment Health* 2002; 4: 83-92. — 5. Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B et al. *Transdermal estrogen for treatment of severe postnatal depression. Lancet* 1996; 347: 930-933. — 6. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, et al. *Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. Psychiatry Research* 1999; 89: 49-58. — 7. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. *Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-1045. — 8. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN et al. *An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. Am J Psychiatry* 2002; 159: 666-669. — 9. Rzewuska M. *Leczenie zaburzeń psychicznych. Warszawa, 2000: PZWL.*

11-36. — 10. Smallwood Ferguson S, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 899-902.

11. Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E. *Mood Disorders in Women*. London, 2000: Martin Dunitz Ltd. 313-328. — 12. Steiner M, Yonkers KA. *Depresja u kobiet*. Gdańsk, 1999: Via Medica 30-51. — 13. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 89-95. — 14. Steward DE. Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 34-38. — 15. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringier A et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996; 154:785-799. — 16. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 176-180.

Otrzymano: 2004-04-21

Zaakceptowano do druku: 2004-07-29

ADRES AUTORÓW: Katedra Psychiatrii AM
Wyb. Pasteura 10, 50-367 Wrocław
e-mail: ankarym@psych.am.wroc.pl

HASŁA PRZEDMIOTOWE: zaburzenia psychiczne, ciąża, okres poporodowy

KEY WORDS: mental disorders, pregnancy, postpartum period