

Postępowanie w przypadku okołoporodowych zaburzeń nastroju, 2012

[Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\): Management of perinatal mood disorders, 2012](#)

Roch Cantwell, Juliet Brown, Malcolm Cameron, Patrick Chien, Elaine Clark, Fenella Cowey, Tessa Haring, Michele Hilton-Boon, Joanna Kelly, Moira Kennedy, Jennifer Layden, Morag Macleod, Gerri Matthews-Smith, Susan McConachie, Frances Mitchell, June Muir, Jane Munro, Fiona Murray, Paul Sclare, Lynne Smith, Margaret Temple, Lorna Thompson, Maree Todd

Rodzaje okołoporodowych zaburzeń nastroju:

- depresja
- lęk przedporodowy
- depresja poporodowa

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji przedporodowej:

- niepokój matczyny
- stres
- brak wsparcia społecznego

- przemoc w rodzinie
- niepożądana ciąża

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej:

- psychopatologie i psychologiczne zaburzenia w okresie ciąży w przeszłości
- brak wsparcia społecznego
- brak wsparcia ze strony partnera
- baby blues (stan smutku po urodzeniu dziecka, zbliżony do pełnoobjawowej depresji poporodowej)

Do rozwoju zaburzeń poporodowych mogą przyczynić się takie czynniki jak:

- nieplanowana ciąża
- bezrobocie
- nie karmienie piersią
- przedporodowe zaburzenia czynności tarczycy
- depresja u ojców
- dwoje lub więcej dzieci

Czynniki ryzyka wystąpienia psychozy poporodowej:

- wcześniejsza hospitalizacja spowodowana zaburzeniami psychiatrycznymi
- problemy psychiatryczne w rodzinie
- odstawienie stabilizatorów nastroju

Przewidywanie i zmniejszanie ryzyka wystąpienia okołoporodowych zaburzeń nastroju:

- Wszystkie kobiety w ciąży powinny być zapytane o historię zaburzeń nastroju poporodowych w przeszłości, oraz o inne zaburzenia psychiatryczne (zwłaszcza choroba afektywna dwubiegunowa i schizofrenia).
- Wszystkie kobiety w ciąży powinny być zapytane o rodzinną historię choroby afektywnej dwubiegunowej lub o psychozę poporodową w rodzinie.
- Kobiety z grupy wysokiego ryzyka poporodowych zaburzeń psychicznych powinny posiadać szczegółowy plan swojej ciąży i współpracować z zespołem położnych, pielęgniarką środowiskową itp.
- Plan powinien określić, jakie wsparcie powinno być udzielone kobiecie, z kim się skontaktować, jeśli pojawią się problemy, wraz z ich danymi kontaktowymi (w tym z godzinami pracy).

Postępowanie psychospołeczne:

- poznawcza terapia behawioralna
- terapia wspomagająca
- terapia z partnerem
- aktywność fizyczna (3-4 razy w tygodniu)

Antydepresanty

Paroksetyna, sertralina oraz nortriptyryna wykazują wysoką skuteczność w leczeniu objawów depresji w ciąży i depresji poporodowej.

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne mogą być oferowane do leczenia od umiarkowanej do ciężkiej depresji poporodowej, ale należy zachować szczególną ostrożność i wziąć pod uwagę dodatkowe czynniki w przypadku stosowania tych leków w okresie karmienia piersią.

Terapia hormonalna

Stosowanie terapii estrogenowej w rutynowym leczeniu pacjentek z depresją poporodową nie jest zalecane!

Problem przepisywania leków

Wszystkie kobiety w wieku rozrodczym, które biorą leki psychotropowe powinny być świadome potencjalnego wpływu leków na ciążę. Stosowanie sprawdzonych metod antykoncepcji powinno zostać omówione z lekarzem.

Z uwagi na ryzyko teratogenności i toksyczności walproinian (stosowany jako stabilizator nastroju), nie powinien być rutynowo przepisywany u kobiet w wieku rozrodczym.

Stosowanie leków psychotropowych w ciąży może doprowadzić do:

- samoistnego poronienia
- trwałego nadciśnienia płucnego u noworodka
- wrodzonej wady rozwojowej
- wad układu nerwowego
- trudności rozwojowych dziecka

Leki, których należy unikać w czasie ciąży:

- klozapina
- doxepin
- fluoxetin
- citalopram
- escitalopram