

# Гомеопатическое лечение послеродовой депрессии: отчет о клиническом случае

[Vitalie Văcăraș, MD, PhD, George Vithoulkas, \[...\], and Menachem Oberbaum, MD](#) —+5View all authors and affiliations

[All Articles](#)

<https://doi.org/10.1177/2156587216682168>

## Аннотация

Послеродовой психоз имеет длительные последствия для матери и ребенка. Помимо депрессии, нарушений сна и пищевого поведения, истощения, социальной изоляции и тревожности, послеродовая депрессия также может нарушать нормальную связь между матерью и младенцем и неблагоприятно влиять на развитие ребенка. Недавние отчеты показывают, что большинство беременных женщин, страдающих от депрессии, не решаются принимать антидепрессанты, и при этом высок процент женщин, которые прекращают их прием. Некоторые авторы ввиду нежелания беременных женщин принимать антидепрессанты предлагают клиницистам обсуждать со своими пациентками возможность психологического вмешательства или применения альтернативных форм лечения. В данной статье представлен случай тяжелой послеродовой депрессии, успешно вылеченной гомеопатической терапией. Учитывая высокую степень несоблюдения и нарушения режима терапии конвенциональными антидепрессантами у женщин, страдающих послеродовой депрессией, оправданы исследования в области безопасных комплементарных методов лечения. Одним из таких методов должна быть гомеопатия.

В большинстве исследований выделяют 3 психических послеродовых расстройства: подавленное настроение, послеродовая депрессия и послеродовой психоз. Подавленное настроение — это самокупирующийся период нестабильного настроения, который обычно улучшается в течение первых недель после родов без лечения. Она выявляется у 39–85% женщин после родов<sup>1,2</sup>. Клинические проявления послеродовой депрессии включают нарушения сна, перепады настроения, изменение аппетита, боязнь навредить ребенку, крайнюю озабоченность и тревогу за ребенка, грусть, чрезмерный плач, чувство вины и беспомощности, трудности с концентрацией внимания и нарушения памяти, потерю интереса к повседневной деятельности и повторяющиеся мысли о смерти, которые могут включать суицидальные мысли. Им страдают от 10% до 15% молодых матерей.<sup>3</sup>

Послеродовой психоз — это редкое, но серьезное состояние, которое возникает у 1–2 женщин на 1000 женщин в период от 2 дней до 4 недель после родов.<sup>4</sup> Высказывается предположение, что это явное проявление биполярного расстройства, приуроченное к гормональным сдвигам после родов. <sup>5</sup> Состояние характеризуется быстрым началом, лабильностью настроения, дезорганизованным мышлением, галлюцинациями и бредом, и подвергает женщину значительному риску причинения себе вреда, причинения вреда своему новорожденному ребенку, длительного периода низкой самооценки и плохой связи между матерью и ребенком.<sup>6,7</sup>

Послеродовой психоз имеет долгосрочные последствия для матери и ребенка.<sup>8</sup> Помимо страданий и нарушений, связанных с этим расстройством, существуют долгосрочные риски, связанные с болезнью, в том числе повышенный риск рецидива послеродового и неродового психоза с усилением тяжести заболевания и последующими эпизодами депрессии.<sup>8,9</sup> Кроме того, дети матерей с перинатальным психозом подвергаются повышенному риску задержки развития и поведенческих проблем.<sup>10–13</sup> Серьезность послеродовых психических заболеваний подчеркивается результатами исследования, проведенного в Великобритании в период с 1994 по 1996 год<sup>14</sup>, которые показали, что 12% материнских смертей были вызваны психическими заболеваниями - 10% — самоубийствами, что делает это самой распространенной причиной смерти после родов.

Это исследование также показало, что послеродовой суицид, в отличие от суицидов женщин в целом, часто совершается жестокими способами, а не передозировкой фармакопрепаратов.

Несмотря на распространенность послеродовой депрессии и связанные с ней клинические нарушения, недавние отчеты показывают, что большинство беременных женщин, страдающих этим заболеванием, не решаются принимать антидепрессанты, при этом высокий процент женщин вообще прекращает их прием<sup>15–17</sup>. Общераспространенное недостаточное лечение перинатальной депрессии опасно наличием множества рисков как для женщин, так и для младенцев, включая задержку внутриутробного развития, низкую массу тела при рождении и преждевременные роды.<sup>18</sup> Батл и другие<sup>19</sup> предполагают, что нежелание беременных женщин принимать антидепрессанты должно стимулировать клиницистов обсуждать со своими пациентками применение психологических вмешательств и альтернативных форм лечения — светолечение, массаж, прием добавок омега-3 жирных кислот и другие методы.

Исследователи начинают изучать комплементарные и альтернативные методы лечения послеродовой депрессии, чтобы расширить спектр существующих методов лечения и охватить больше женщин.<sup>20–22</sup> Преимуществом этих методов является отсутствие негативного воздействия на детей в краткосрочной или долгосрочной перспективе и возможность того, что они могут оказать на детей положительное влияние.<sup>19</sup> Они также не имеют серьезных побочных эффектов у рожениц ни во время беременности, ни после родов. Кроме того, женщины охотнее используют эти методы, поскольку они считаются безопасными.

Представляем случай тяжелой послеродовой депрессии, успешно вылеченной гомеопатией.

## Представление случая

25-летняя первородящая студентка-медик на 14-й день после родов была госпитализирована в психиатрическую клинику отделения неврологии окружной больницы скорой медицинской помощи в г. Клуж-Напока (Румыния), с психопатологическими симптомами, в которых преобладали психомоторное возбуждение, дезорганизованное поведение, галлюцинаторно-бредовые расстройства, монологи, идейно-вербальная диссоциация и агрессия. В анамнезе у пациентки был первый эпизод в возрасте 17 лет с хорошим ответом на лечение нейролептиками и антидепрессантами. Лечение было прекращено через 2 года, а второй эпизод произошел через 18 месяцев после этого. Назначенное лечение проводилось еще в течение 3х лет. В 23 года она вышла замуж и примерно через год забеременела. Развитие ее беременности было нормальным, за исключением повышенной потребности во сне. При поступлении в стационар: неестественный, неподвижный взгляд, избегание зрительного контакта, гипомобильная мимика и жестикаляция, низкий порог восприятия, возможные сложные слуховые и зрительные галлюцинации, обонятельные галлюцинации, апрозексия с гиперпрозексией с акцентом на галлюцинаторно-бредовые темы, идео-вербальная диссоциация, параноидально-бредовые идеи про раскрытие замыслов, преследования, мистического толка, эмоциональная лабильность, эмоциональная тупость, двигательный и вербальный негативизм, снижение инстинктов и смешанная бессонница. Рутинное обследование и оценка, включая физикальный осмотр, лабораторные исследования и компьютерную томографию головного мозга, - были нормальные. Пациентка набрала 24/30 баллов по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии, - это самоопросник, состоящий из 10 пунктов (оценка от 0 до 3), предназначенный для выявления женщин, испытывающих симптомы депрессии (пороговое значение для выявления женщины с депрессией:  $\geq 13$ ); по

3 подшкалам Шкалы позитивного и негативного аффекта, используемой для оценки интенсивности симптомов шизофрении, она набрала следующие баллы: по позитивной шкале - 39/49; по негативной шкале - 42/49; по Шкале общих психопатологических синдромов, 72/16-112; она набрала 45/100 баллов по Шкале глобального функционирования - это числовая шкала, используемая для субъективной оценки социального, профессионального и психологического функционирования взрослых; и 6/7 по Шкале общего клинического впечатления, которая измеряет клинические исходы по тяжести симптомов и эффективности лечения у субъектов с психозами.

Лечение было начато с галоперидола (10 мг/сут), оланзапина (20 мг/сут) и диазепама (30 мг/сут) и продолжалось в течение 8 дней в отделении стационара. Из-за упорной депрессии была предложена электрошоковая терапия, но пациентка и ее семья отказались от нее, решив перейти на гомеопатическое лечение. По просьбе пациентки и ее семьи, пациентка была выписана под свою ответственность.

В день выписки из стационара было начато гомеопатическое лечение препаратом *Agnus Castus 30C* по 7 гранул сублингвально 2 раза в день. *Agnus castus* (также известный как Прутняк обыкновенный, Витекс священный, Бальзам Авраама, Авраамово дерево) — это местное растение (дерево) средиземноморского региона, часто используемое в гомеопатии для лечения депрессивных состояний с суицидальными мыслями.<sup>23</sup>

Первые 2 дня лечения характеризовались такой реакцией как длительный сон, пациентка просыпалась только для приема пищи. Начиная с третьего дня наблюдалось впечатляющее улучшение, при котором исчезли психомоторное возбуждение, галлюцинации, болтливость, поведенческие расстройства. Также на 3и сутки исчезли все другие психические симптомы — мания преследования, галлюцинации, психомоторное возбуждение. Небольшая сонливость и некоторая дезориентация во времени и пространстве еще наблюдалась. Начиная с пятого дня пациентка возобновила кормление грудью своего малыша. Через три недели после начала лечения все симптомы исчезли, и лечение было прекращено. Социальная и семейная реинтеграция пациентки полностью восстановилась примерно через 2 недели.

Через 4 недели лечения она набрала 10 баллов по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии. По 3м подшкалам Шкалы позитивного и негативного аффекта она набрала следующие баллы: по позитивной шкале - 14; по негативной шкале - 17; и по Шкале общих психопатологических синдромов — 35. Она набрала 80 баллов по Шкале глобального функционирования и 2 балла по Шкале общего клинического впечатления.

Сегодня, через 9 месяцев после госпитализации и через 8 месяцев после прекращения лечения, у пациентки нет жалоб, несмотря на то, что она пережила период стресса, когда она сдавала медицинские экзамены, на которых она получила высокую оценку. В настоящее время она наслаждается беспроблемной второй беременностью!

## Заключение

Гомеопатия — это терапевтическая система, основанная на 2х теориях: «подобное лечится подобным» — болезнь можно вылечить с помощью вещества, вызывающего аналогичные симптомы у здоровых людей; и «правило минимальной дозы» — чем *ниже* доза лекарства, тем *выше* его эффективность.<sup>24</sup> Гомеопатия не является индикаторным методом, при котором одно лекарство лечит одно заболевание. Это, скорее, такой метод, при котором лекарство подбирается под каждого человека индивидуально. Тем не менее, Витулкас в 2008 году описал препарат *Agnus castus* как средство, которое может быть подходящим для лечения послеродовой депрессии.<sup>25</sup>

Резкое улучшение состояния пациентки с помощью применения гомеопатического препарата подтверждалось всеми параметрами, оцениваемыми по трем шкалам, рутинно используемыми как в этой области, так и в данном конкретном случае.

Как всегда и бывает в гомеопатической медицине, никаких побочных эффектов не наблюдалось. Несмотря на стрессовый период, который последовал за лечением в жизни пациентки (первый ребенок и подготовка к экзаменам на получение медицинской лицензии), а также отсутствие какого-либо конвенционального лечения, рецидива не произошло. Прошло слишком мало времени, чтобы делать выводы относительно утверждения о том, что гомеопатическое лечение приводит к длительной ремиссии или даже к излечению, но тот факт, что настроение пациентки очень хорошее, ее уровень энергии выше, чем в прошлом, и она отлично справляется с проблемами, очень обнадеживает.

Мы представляем случай лечения послеродовой депрессии гомеопатическим методом, который не имел побочных эффектов и был недорогим. Если гомеопатическое заявление верно, то мы можем ожидать длительную ремиссию или даже полное излечение без какого-либо дальнейшего лечения. Принимая во внимание высокий уровень несоблюдения женщинами с послеродовой депрессией конвенционального лечения (лечение, стигматизированное работниками сферы здравоохранения и негативной информацией),<sup>26</sup> и нежелание кормящих женщин принимать антидепрессанты, которые могут передаться ребенку,<sup>27,28</sup> исследования в области безопасных дополнительных медицинских методов оправданы. Одним из таких методов должна быть гомеопатия.

## Примечания авторов

Виталий Вакараш и Джордж Витулкас – первые соавторы.

## Заявление о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в исследовании, написании статьи и/или публикации статьи.

## Финансирование

Авторы не получали никакой финансовой поддержки для проведения исследований, написания и/или публикации данной статьи.

## Список литературы:

1. O'Hara MW, Zekoski EM, Philips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol.* 1990;99:3-15.
2. Buist A. Perinatal depression, assessment and management. *Aust*

Fam Physician. 2006;35:670-673.

3. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K.

Postpartum depression: a review. J Health Care Poor Underserved. 2012;23:534-542.

4. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I.

Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. BJOG. 2008;  
115:348-353.

5. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Womens Health. 2006;15:352-368.

6. Posmontier B. The role of midwives in facilitating recovery in  
postpartum psychosis. J Midwifery Womens Health. 2010;55:  
430-437.

7. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration  
of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. J Affect  
Disord. 2004;83:215-220.

8. Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of peripartum depression on mothering. J Obstet  
Gynecol Neonatal  
Nurs. 2006;35:652-658.

9. Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of peripartum  
depression in diverse groups of women. West J Nurs Res. 2001;  
23:563-574.

10. Beck CT. The effects of peripartum depression on child  
development: a meta-analysis. Arch Psychiatr Nurs. 1998;  
12:12-20.

11. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to  
violence in the children of mothers who were depressed postpartum. Dev Psychol. 2003;39:1083-1094.

12. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of  
postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant  
outcome. Child Dev. 1996;  
67:2512-2526.

13. Nulman I, Koren G, Rovet J, et al. Exposure to venlafaxine,

selective serotonin reuptake inhibitors or untreated maternal depression. *Am J Psychiatry*. 2012;169:1165-1174.

14. Department of Health, Scottish Home and Health Department,

Department of Health and Social Security. *Why Mothers Die:*

*Report on Confidential Enquiries Into 1994-1996*. London, England: Stationery Office; 1998.

15. Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. Rates and predictors of

depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:

289-295.

16. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings.

*J Womens Health*. 2003;12:373-380.

17. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman

K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic

disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr*

*Serv*. 2004;55:407-414.

Vačáras, et al 383

18. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S,

Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy

and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:

1012-1024.

19. Battle CL, Salisbury AL, Schofield CA, Ortiz-Hernandez S. Perinatal antidepressant use: understanding women's preferences and

concerns. *J Psychiatr Pract*. 2013;19:443-453.

20. Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW, Stuart S. Efficacy of yoga

for depressed postpartum women: a randomized controlled trial.

*Complement Ther Clin Pract*. 2015;21:94-100.

21. Lin KY, Hu YT, Chang KJ, Lin HF, Tsao JY. Effects of yoga on

psychological health, quality of life, and physical health of

patients with cancer: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011:659876.

22. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2013;30:1068-1083.

23. Mezger J. *Gesichtete homeopathische Arzneimittellehre* [Sighted Homeopathic Materia Medica]. Vol. 1. 5th ed. Heidelberg, Germany: Karl F. Haug Verlag; 1981:101-103.

24. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Homeopathy. <https://nccih.nih.gov/health/homeopathy>. Accessed January 23, 2016.

25. Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*. Ulrich Burgdorf Verlag. Goettingen; 1991:125-133.

26. Gawley L, Einarson A, Bowen A. Stigma and attitudes towards antenatal depression and antidepressant use during pregnancy in healthcare students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2011;16:669-679.

27. Boath E, Bradley E, Henshaw C. Women's views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004;25:221-233.

28. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in postnatal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract.* 1996;46:427-428.