

LECZENIE HOMEOPATYCZNE DEPRESJI POPORODOWEJ- OPIS PRZYPADKU

Streszczenie

Psychoza poporodowa wiąże się z długotrwałymi konsekwencjami zarówno u matki jak i u dziecka. Oprócz depresji, zaburzeń snu i jedzenia, wyczerpania, wycofania społecznego, oraz lęku, depresja poporodowa może również zakłócać więź łączącą tych dwoje i niekorzystnie wpływać na rozwój dziecka. Ostatnie doniesienia pokazują, że większość dotkniętych chorobą kobiet w ciąży wzbrania się przed przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych, a wysoki odsetek przerywa ich stosowanie. Niektórzy autorzy sugerują, iż niechęć kobiet w ciąży do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych powinna skłaniać specjalistów do rozmowy z pacjentkami na temat wdrożenia leczenia psychologicznego lub alternatywnych form leczenia. W artykule przedstawiono przypadek ciężkiej depresji poporodowej, z powodzeniem leczonej homeopatią. Biorąc pod uwagę dużą nieprzychylność chorych kobiet w kwestii stosowania konwencjonalnych leków przeciwdepresyjnych, uzasadnione jest poszukiwanie bezpiecznych komplementarnych metod leczniczych. Jedną z tych metod powinna być homeopatia.

Większość badań identyfikuje 3 psychiatryczne zaburzenia poporodowe: baby blues (smutek poporodowy), depresja poporodowa i poporodowa psychoza. Baby blues jest samoograniczającym się okresem niestabilnego nastroju i zwykle ustępuje w ciągu pierwszych tygodni po porodzie bez konieczności wdrożenia leczenia. Wykrywa się go u 39% do 85% kobiet po porodzie.

Kliniczne objawy depresji poporodowej obejmują: zaburzenia snu, wahania nastroju, zmiany apetytu, lęk przed skrzywdzeniem dziecka, skrajny niepokój (w tym o dziecko), smutek, nadmierny płacz, poczucie winy i bezradności, trudności z koncentracją i zaburzenia pamięci, utrata zainteresowania codziennymi czynnościami i nawracające myśli o śmierci, które mogą obejmować myśli samobójcze. Dotyka od 10% do 15% młodych matek.

Psychoza poporodowa jest rzadkim, ale poważnym schorzeniem, które występuje u 1 do 2 kobiet na 1000 w ciągu 2 dni do 4 tygodni po porodzie. Sugeruje się, że jest to jawna manifestacja zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, która zbiega się w czasie ze zmianami hormonalnymi po porodzie. Charakteryzuje się ona nagłym początkiem, chwiejnością nastroju, dezorganizacją myślenia, halucynacjami i urojeniami, narażając kobiety na znaczne ryzyko samookaleczenia, skrzywdzenia noworodka, oraz słabą więź między matką a dzieckiem.

Psychoza poporodowa niesie ze sobą długotrwałe konsekwencje dla matki i dziecka. Oprócz cierpienia i pewnego rodzaju niemocy, związanych z tym zaburzeniem, istnieje długoterminowe ryzyko powiązane z chorobą, w tym zwiększone ryzyko nawrotu psychozy okołoporodowej i poza porodowej, wraz ze zwiększonym obciążeniem chorobą i późniejszymi epizodami depresyjnymi. Ponadto, dzieci matek z psychozą okołoporodową są bardziej narażone na opóźnienia rozwojowe i problemy z zachowaniem. Powagę poporodowych chorób psychicznych podkreślają wyniki badania przeprowadzonego w

Wielkiej Brytanii w latach 1994-1996, które wykazało, że 12% zgonów matek było spowodowanych chorobami psychicznymi – 10% samobójstwami, co czyni je największą wyodrębnioną przyczyną śmierci. Badanie to wykazało również, że samobójstwo po porodzie, w odróżnieniu do samobójstw popełnianych przez ogół kobiet, jest często dokonywane pod wpływem impulsu, niż przedawkowania przyjętych leków.

Pomimo występowania depresji poporodowej na taką skalę oraz związanych z nią zaburzeń klinicznych, ostatnie doniesienia wskazują, że większość kobiet ciężarnych, dotkniętych tą chorobą, waha się przed przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych, a wysoki odsetek przerywa ich stosowanie. Powszechne nieskuteczne leczenie depresji okołoporodowej budzi niepokój, ponieważ niesie ze sobą wiele zagrożeń zarówno dla kobiet, jak i rozwijających się niemowląt, w tym opóźnienie wzrostu wewnątrzmacicznego, niska masa urodzeniowa i poród przedwczesny. Battle i jego współautorzy sugerują, że niechęć kobiet w ciąży do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych powinna zachęcać specjalistów do omawiania z pacjentami stosowania psychologicznych interwencji i alternatywnych form leczenia – światłoterapii, masażu, suplementacji kwasami tłuszczowymi omega-3 i innych. Naukowcy zaczynają badać komplementarne i alternatywne metody terapii depresji poporodowej, aby poszerzyć zakres obecnych metod leczenia i dotrzeć do większej liczby kobiet. Zaletą tych metod jest brak negatywnego wpływu na dzieci zarówno w krótkim lub długim okresie stosowania wraz z możliwym pozytywnym wpływem. Nie powodują również poważnych skutków ubocznych zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie. Ponadto, kobiety chętniej korzystają z tych metod, ponieważ są one uważane za bezpieczne.

Poniżej przedstawiamy przypadek ciężkiej depresji poporodowej skutecznie leczonej homeopatią.

Prezentacja przypadku

25-letnia pierworódka, studentka medycyny, w 14 dniu po porodzie została przyjęta do kliniki psychiatrycznej na Oddziale Neurobiologii Powiatowego Szpitala Ratunkowego w Cluj-Napoca w Rumunii z objawami psychopatologii, z przewagą pobudzenia psychoruchowego, dezorganizacją zachowania, delirium z halucynacjami, prowadzącą monolog ze sobą, z dysocjacją ideowo-werbalną i agresją. Pacjentka, w wywiadzie, przeszła pierwszy epizod w wieku 17 lat, kiedy dobrze reagowała na leczenie przeciw-psychotyczne i przeciwdepresyjne. Leczenie przerwano 2 lata później, a 18 miesięcy później, nastąpił drugi epizod. Pacjentka kontynuowała wskazane leczenie jeszcze przez kolejne 3 lata. W wieku 23 lat wyszła za mąż i rok później zaszła w ciążę. Rozwój jej ciąży był normalny, poza przesadną potrzebą snu. Przy przyjęciu pacjentka prezentowała dziwaczne, nieruchome spojrzenie, unikała kontaktu wzrokowego, z hipomobilnością mimiki i gestów, niskim progiem percepcji, możliwymi złożonymi omamami słuchowymi i wzrokowymi, omamami węchowymi, aproseksją uwagi z równoległą hiperproseksją ukierunkowaną na obecne halucynacje w delirium, ideo-werbalną dysocjację, paranoiczne deliryczne idee interpretacji, prześladowania, labilność emocjonalną, spłaszczenie afektu, motoryczny i werbalny negatywizm, osłabione instynkty oraz bezsenność. Rutynowa ocena diagnostyczna, w tym badanie fizykalne, badania laboratoryjne oraz CT mózgowia były w

normie. Pacjentka uzyskała 24/30 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, 10-cio punktowej skali samo-opisowej (od 0 do 3), przeznaczonej do identyfikacji kobiet z objawami depresyjnymi (punktacja graniczna do identyfikacji kobiety jako depresyjnej: ≥ 13); w 3 podskalach skali zespołów pozytywnych i negatywnych (PANSS) służących do oceny nasilenia objawów schizofrenii uzyskała następujące wyniki: wynik w skali pozytywnej- 39/49; wynik w skali negatywnej- 42/49; w skali ogólnej psychopatologii- 72/16-112; uzyskała 45/100 punktów w Ogólnej Skali Funkcjonowania (GAF), numerycznej skali służącej do subiektywnej oceny społecznego, zawodowego i psychologicznego funkcjonowania osób dorosłych oraz 6/7 w skali Całościowego Wrażenia Klinicznego (CGI), która mierzy wyniki kliniczne w zakresie nasilenia objawów i skuteczności leczenia u pacjentów z psychozami.

Leczenie rozpoczęto haloperidolem (10 mg/dobę), olanzapiną (20 mg/dobę) i diazepamem (30 mg/dobę), oraz kontynuowano przez 8 dni hospitalizacji na oddziale. Ze względu na utrzymującą się depresję, zaproponowano terapię elektrowstrząsową, którą pacjentka i jej rodzina odrzucili, decydując się na leczenie homeopatyczne. Na ich prośbę, pacjentkę wypisano na własną odpowiedzialność.

W dniu wypisu rozpoczęto leczenie homeopatyczne za pomocą Agnus Castus 30C, 7 granulek podjęzykowo dwa razy dziennie. Agnus castus (znany również jako niepokalanek, melisa Abrahama, liliowy niepokalanek lub pieprz mnich) to rodzime drzewo śródziemnomorskie, często używane w homeopatii do leczenia stanów depresyjnych z myślami samobójczymi.

Pierwsze 2 dni leczenia charakteryzowały się przedłużonym snem, z wybudzaniem się chorego tylko na jedzenie. Od trzeciego dnia zaobserwowano imponującą poprawę, w której ustąpiło pobudzenie psychoruchowe, halucynacje, gadatliwość i zaburzenia zachowania. Trzeci dzień charakteryzował się również ustąpieniem wszystkich innych objawów psychiatrycznych – manii prześladowczej, halucynacji i pobudzenia psychomotorycznego. Nadal można było zaobserwować lekką senność oraz dezorientację w czasie i przestrzeni. Piątego dnia pacjentka wróciła do karmienia piersią. Trzy tygodnie po rozpoczęciu leczenia wszystkie objawy ustąpiły i leczenie przerwano. Reintegracja społeczna i rodzinna pacjentki zakończyła się po około 2 tygodniach.

Po 4 tygodniach leczenia uzyskała 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Na 3 podskalach objawów pozytywnych i negatywnych w teście PANSS uzyskała następujące wyniki: wynik w skali pozytywnej- 14; w skali negatywnej- 17; ogólnej skali psychopatologii- 35. Uzyskała 80 punktów w globalnej skali oceny funkcjonalnej (GAF) i 2 w skali Całościowego Wrażenia Klinicznego (CGI).

Dziś, 9 miesięcy po hospitalizacji i 8 miesięcy po odstawieniu leczenia, pacjentka nie zgłasza się do lekarza, nawet mimo stresującego okresu, kiedy to zdawała egzamin lekarski, w którym uzyskała wysoką ocenę. Obecnie cieszy się bezproblemową drugą ciążą!

Wniosek

Homeopatia to system medyczny oparty na 2 teoriach: „podobne leczy podobne” – chorobę

można wyleczyć za pomocą substancji, która wywołuje podobne objawy u zdrowych ludzi, oraz „prawo minimalnej dawki” – im mniejsza dawka leku, tym większa jego skuteczność. Homeopatia nie jest metodą, w której z góry ustalony jeden lek leczy jedną chorobę. Jest to raczej metoda, w której zastosowanie leku jest dostosowane do każdej osoby. Niemniej Vithoulkas opisał w 2008 r., że *Agnus castus* jest lekiem, który może być odpowiedni w leczeniu depresji poporodowej.

Zdecydowaną poprawę stanu zdrowia pacjentki, po zastosowaniu leków homeopatycznych, potwierdziły wszystkie parametry oceniane za pomocą 3 skal stosowanych rutynowo, w opisywanym przypadku.

Zgodnie z oczekiwaniami w terapii homeopatycznej, nie zaobserwowano żadnych skutków ubocznych. Pomimo stresującego okresu następującego po leczeniu (nowe macierzyństwo i przygotowanie do egzaminu licencyjnego) oraz braku konwencjonalnych leków, nie doszło do nawrotu choroby. Zbyt krótki czas upłynął, aby wyciągać wnioski co do twierdzenia, że leczenie homeopatyczne daje długotrwałą remisję lub nawet wyleczenie, ale fakt, że samopoczucie pacjentki jest bardzo dobre, jej poziom energii jest wyższy niż w przeszłości, a jej zdolność radzenia sobie bez zarzutu, jest niezwykle obiecujący.

Przedstawiamy tu przypadek depresji poporodowej leczonej homeopatycznie, która była zarówno wolna od skutków ubocznych, jak i tania. Jeśli twierdzenie homeopaty jest słuszne, możemy spodziewać się długotrwałej remisji lub nawet całkowitego wyleczenia bez konieczności dalszego leczenia. Biorąc pod uwagę dużą niezgodę kobiet cierpiących na depresję poporodową - z leczeniem konwencjonalnym (leczenie piętnowane przez pracowników służby zdrowia oraz fałszywe informacje) oraz niechęć kobiet karmiących piersią do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych, które mogłyby przenosić się na dziecko, badania w poszukiwaniu bezpiecznych terapii komplementarnych są uzasadnione. Jedną z tych metod powinna być homeopatia.

Notka autora

Vitalie Văcăraș i George Vithoulkas są pierwszymi współautorami.

Oświadczenie o sprzecznych interesach

Autorzy nie zgłosili potencjalnego konfliktu interesów w odniesieniu do badań, autorstwa i/lub publikacji tego artykułu.

Bibliografia

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.
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, Tsauo 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 post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract*. 1996;46:427–428.