

## Tratament homeopat pentru depresia postpartum: raport de caz

Prof. Dr. med. Vitalie Văcăraș, George Vithoukias, Dr. med. Ioan Mărginean, Dr. med. Zoltan Major, Dr. Văcăraș Veronica, Romulus Dan Nicoară, med. Anca Dana Buzoianu și med. Menachem Oberbaum

### Rezumat

Psihoza postpartum are consecințe pe termen lung atât pentru mamă, cât și pentru copil. În afară de depresie, tulburări de somn și de alimentație, epuizare, izolare socială și anxietate, depresia postpartum poate afecta și conexiunea normală mamă-copil și poate afecta negativ dezvoltarea copilului. Rapoarte recente arată că cele mai afectate gravide sunt ezitante în a-și administra medicamente antidepresive, un procent semnificativ întrerupând tratamentul. Unii autori sugerează că reticența gravidelor la tratamentul cu antidepresive ar trebui să încurajeze clinicienii să discute cu pacientele lor despre terapiile psihologice sau variante alternative de tratament. Acest articol prezintă un caz sever de depresie postpartum tratat cu succes prin terapie homeopată. Având în vedere non-complianța ridicată a femeilor afectate de depresie postpartum la medicația antidepresivă convențională, este justificată preocuparea pentru cercetarea unor metode medicale complementare sigure. Una dintre aceste metode ar trebui să fie homeopatia. Cele mai multe studii identifică 3 tulburări psihiatrice postpartum: tristețea postpartum, depresia postpartum și psihoza postpartum. Tristețea postpartum este o perioadă autolimitantă de dispoziție instabilă și de obicei se ameliorează în primele săptămâni postpartum fără tratament. Este detectată la 39% până la 85% dintre femei după naștere (1,2). Manifestările clinice ale depresiei postpartum includ tulburări de somn, schimbări de dispoziție, modificări ale apetitului, frica de a nu face rău copilului, îngrijorare extremă cu privire la copil, tristețe, plâns excesiv, sentimente de vină și neputință, dificultăți de concentrare și tulburări de memorie, pierderea interesului în activitățile zilnice și gânduri recurente despre moarte, care pot include și idei suicidale. Aceasta afectează 10% până la 15% din proaspetele mame (3). Psihoza postpartum este o afecțiune rară, dar gravă, care apare la 1 până la 2 femei din 1000 în decurs de 2 zile până la 4 săptămâni după naștere (4). S-a sugerat că este inclusă într-o accepțiune mai largă a tulburării bipolare, ce apare o dată cu modificările hormonale de după naștere (5). Marcată de un debut rapid, labilitate a dispoziției, gândire dezorganizată, halucinații și iluzii, această afecțiune expune femeile la un risc semnificativ de auto-vătămare, de stimă de sine scăzută pe termen lung, de afectare a nou-născuților și de legături slabe între mamă și copil (6,7)

Psihoza postpartum are consecințe pe termen lung atât pentru mamă, cât și pentru copil (8). Pe lângă suferința și deficiențele determinate de această afecțiune, ea este asociată și cu riscuri pe termen lung ce includ riscul crescut de recurențe peripartum și psihoze non-peripartum cu afectare importantă și episoade depresive consecutive (8,9). În plus, copiii mamelor cu psihoze peripartum prezintă un risc crescut de întârzieri în dezvoltare și probleme de comportament (10-13). Gravitatea afectării mentale postpartum este subliniată de rezultatele unui studiu organizat în Marea Britanie între 1994 și 1996 (14), care a arătat că 12% din decesele materne au fost cauzate de afecțiunile psihiatrice – 10% prin suicid, acestea fiind cea mai frecventă cauză de deces postpartum. Acest studiu a arătat de asemenea că suicidul postpartum, în contrast cu suicidul la femei în general, este comis mai degrabă prin mijloace violente decât prin supradoze medicamentoase.

În ciuda prevalenței depresiei postpartum și a deficiențelor clinice asociate, rapoarte recente arată că cele mai afectate gravide sunt ezitante în a-și administra medicația antidepresivă, un procent însemnat întrerupând chiar tratamentul (15-17). Tratamentul insuficient al depresiei perinatale are o amploare destul de mare ținând cont și de multiplele riscuri atât pentru mamă cât și pentru făt, riscuri ce includ întârzieri în creșterea intrauterină, greutate scăzută la naștere și naștere prematură (18). Bettel și colab. (19) sugerează că reticența gravidelor în a accepta medicamentele antidepresive ar trebui să încurajeze medicii să discute cu pacientele lor despre terapiile psihologice și alte forme alternative de tratament – terapia prin lumină, prin masaj, suplimentarea de acizi grași omega 3 și altele. Cercetătorii încep să studieze și terapiile medicale complementare și alternative pentru depresia postpartum pentru a extinde domeniul de aplicare al tratamentelor actuale și pentru a include cât mai multe femei (20-22). Unul dintre beneficiile acestor metode este absența impactului negativ asupra copilului atât pe termen scurt, cât și pe termen lung, dar și posibilitatea ca acestea să aibă chiar un impact pozitiv asupra lor (19). De asemenea ele nu au efecte secundare serioase asupra gravidei nici în timpul sarcinii și nici ulterior. Mai mult, femeile sunt mult mai deschise în a accepta aceste metode, ele fiind acceptate ca fiind sigure. Aici prezentăm un caz de depresie severă postpartum care a fost tratat cu succes cu ajutorul homeopatiei.

#### Prezentarea cazului

O tânără studentă la medicină de 25 de ani, primipară, a fost internată în a 14-a zi după naștere în clinica de psihiatrie din cadrul Departamentului de Neuroștiințe a Spitalului Județean de Urgență, Cluj-Napoca, România, cu simptome psihopatologice dominate de agitație psihomotorie, comportament dezorganizat, delir halucinant, monolog, disocieri ideo-verbale și agresiune. Pacienta a avut în trecut un prim astfel de epison episod la vârsta de 17 ani, când a răspuns pozitiv la tratamentul antipsihotic și antidepresiv. Tratamentul a fost oprit 2 ani mai târziu, iar la 18 luni după aceasta a apărut un al doilea episod. Pacienta a urmat apoi tratamentul indicat încă 3 ani. La vârsta de 23 de ani s-a căsătorit și aproximativ un an mai târziu a rămas însărcinată. Evoluția sarcinii a fost normală cu excepția unei nevoi exagerate de somn. La internare, pacienta prezenta o privire bizară, fixă, evitarea contactului vizual, mimică și gestică hipomobile, prag perceptiv scăzut, posibile halucinații auditive și vizuale complexe, halucinații olfactive, aprosexie concentrativă cu hiperprosexie centrată pe teme halucino-delirante, disociere ideo-verbală, delir de idei paranoide de interpretare, de persecuție, mistice, labilitate emoțională, applatizare afectivă, negativism motor și verbal, instincte diminuate și insomnie mixtă. Evaluarea diagnostică de rutină, inclusiv examinarea fizică, testele de laborator și un examen computer tomograf cerebral au fost normale. Pacienta a primit un scor de 24/30 pe scala Edinburgh a Depresiei Postnatale, o scală de autoevaluare în 10 puncte (evaluate de la 0 la 3) concepută pentru a identifica femeile care experimentează simptome depresive (scorul prag ce definește o femeie cu depresie este  $\geq 13$ ); la cele 3 subscale ale Scalei de Sindrom Pozitiv și Negativ utilizate pentru a evalua intensitatea simptomelor de schizofrenie, ea a punctat după cum urmează: scorul Scalei de Sindrom Pozitiv 39/49; scorul Scalei de Sindrom Negativ 42/49; Scala Psihopatologiei generale 72/16-112; ea a obținut 45/100 pe Scala Globală de Evaluare a Funcționalității, o scală numerică folosită pentru a evalua subiectiv funcționarea socială, ocupațională și psihologică a adulților; și 6/7 pe Scala impresiei globale clinice, care măsoară rezultatele clinice în severitatea simptomelor și eficacitatea tratamentului la subiecții cu psihoze.

Tratamentul a fost inițiat cu haloperidol (10mg/zi), olanzapină (20 mg/zi) și diazepam (30 mg/zi) și a fost menținut pe parcursul celor 8 zile de spitalizare în clinică. Din cauza depresiei persistente s-a propus terapia electroconvulsivă, dar aceasta a fost respinsă de pacientă și de familia ei, care a decis

în favoarea unui tratament homeopat. La cererea acestora, pacienta a fost externată pe propria răspundere.

În ziua externării s-a inițiat tratamentul homeopat cu *Agnus castus* 30CH, 7 granule sublingual de două ori pe zi. *Agnus castus* (cunoscut și sub denumirea de arbore cast, castă), balsamul lui Abraham, arborele de liliac și ardeii călugărului) e un arbore originar din regiunea mediteraneană, folosit frecvent în homeopatie pentru tratamentul stărilor depresive însoțite de gânduri suicidare (23).

Primele 2 zile de tratament au fost caracterizate de o reacție de somn prelungită, pacienta trezindu-se doar pentru a mânca. Începând din a treia zi, s-a observat o îmbunătățire semnificativă a stării pacientei în care agitația psihomotorie, halucinațiile, locvacitatea și tulburările de comportament au dispărut. A treia zi a fost caracterizată și de dispariția tuturor celorlalte simptome psihiatrice – mania persecuției, halucinațiile și agitația psihomotorie. Au mai putut fi încă observate ușoare stări de somnolență și de dezorientare temporo-spațială. Din a cincea zi pacienta a reluat alăptarea copilului. La trei săptămâni de la inițierea tratamentului, toate simptomele au dispărut și tratamentul a fost oprit. Reintegrarea socială și în familie a pacientei a fost completă după aproximativ 2 săptămâni.

După 4 săptămâni de la începerea tratamentului pacienta a obținut scorul 10 pe Scala Edinburgh a Depresiei Postnatale. Pe cele 3 subscale ale Scalei de Sindrom Pozitiv și Negativ, ea a punctat după cum urmează: scorul Scalei Pozitive, 14; scorul Scalei Negative, 17; și Scala Psihopatologiei generale, 35. Ea a obținut 80 la Scala de evaluare globală a funcționalității și 2 la scala de impresie globală clinică.

Astăzi la 9 luni de la spitalizare și 8 luni de la oprirea tratamentului, pacienta nu prezintă acuze, în ciuda faptului că a trecut printr-o perioadă stresantă când și-a susținut examenul de licență la Facultatea de Medicină – la care a obținut o notă mare. În prezent se bucură de o a doua sarcină fără probleme!

## Concluzii

Homeopatie este un sistem medical bazat pe 2 teorii: "like cures like" (*similia similibus curantur*) - o boală poate fi vindecată printr-o substanță care produce simptome similare la oamenii sănătoși; și „legea dozei minime” – cu cât doza de medicament este *mai mică*, cu atât eficiența sa este *mai mare* (24). Homeopatia nu este o metodă indicativă în care un medicament tratează o afecțiune. Este mai curând o metodă în care medicamentul este adaptat fiecărui individ. Cu toate acestea, Vithoulkas a menționat în 2008 că *Agnus castus* este un remediu care poate fi adecvat pentru tratarea depresiei postpartum (25).

Îmbunătățirea impresionantă a stării pacientei cu ajutorul medicației homeopate a fost coroborată pentru toți parametrii evaluați de cele 3 scale utilizate în mod obișnuit atât în această secție, cât și în acest caz.

După cum era de așteptat în medicina homeopată, nu au fost observate efecte secundare. În ciuda perioadei stresante care a urmat tratamentului (noua maternitate și pregătirea pentru examenul de licență) și a lipsei oricărei medicații convenționale, nu a apărut nicio recidivă. A trecut un timp prea scurt pentru a trage concluzii cu privire la afirmația că tratamentul homeopat produce remisie de lungă durată sau chiar vindecare, dar faptul că starea de spirit a pacientei este foarte bună, nivelul ei de energie este mai mare decât în trecut, iar capacitatea de a face față provocărilor zilnice este impecabilă, fac ca toate acestea să fie extrem de promițătoare.

Prezentăm un caz de depresie postpartum tratată homeopat, tratament care a fost atât lipsit de efecte secundare, cât și ieftin. Dacă afirmația homeopată este corectă, ne putem aștepta la o remisie de lungă durată sau chiar la o vindecare completă fără niciun tratament suplimentar. Având în vedere non-complianța ridicată a femeilor cu depresie postpartum la tratamentul convențional (tratament stigmatizat de furnizorii de servicii medicale și de informațiile negative)(26) și reticența femeilor care alăptează de a lua medicamente antidepresive, care pot trece la copil (27,28), cercetarea în domeniul metodelor medicale complementare sigure este justificată. Una dintre aceste metode ar trebui să fie homeopatia.

#### Nota autorilor

Vitalie Văcăraș și George Vithoukas sunt primi autori comuni.

#### Declararea Conflictului de interese

Autorii au declarat că nu există potențiale conflicte de interese cu privire la cercetarea, calitatea de autor și/sau publicarea acestui articol.

#### Finanțare

Autorii nu au primit sprijin financiar pentru cercetarea, calitatea de autor și/sau publicarea acestui articol.

#### Bibliografie

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.