


Хомеопатично лечение на следродилна депресия: Доклад на случай

Vitalie Văcăras, MD, PhD^{1,2,*}, George Vithoukas^{3,*},
Anca Dana Buzoianu, PhD¹, Ioan Mărginean, MD, PhD^{1,2},
Zoltan Major, MD, PhD¹, Veronica Văcăras, PhD⁴,
Romulus Dan Nicoară, MA², and Menachem Oberbaum, MD⁵

Journal of Evidence-Based
Complementary & Alternative Medicine
2017, том 22(3) 381-384
© Авторът(ите) 2016
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI:10.1177/2156587216682168
journals.sagepub.com/home/cam


Резюме

Следродилната психоза има дълготрайни последици за майката и детето. Освен депресията, нарушенията на съня и храненето, изтощението, социалното отдръпване и тревожността, следродилната депресия може да попречи на нормалната връзка между майката и бебето и да повлияе неблагоприятно на развитието на детето. Последните доклади показват, че повечето засегнати бременни жени се колебаят дали да приемат антидепресанти, като голям процент от тях преустановяват употребата им. Някои автори предполагат, че нежеланието на бременните жени да приемат антидепресанти трябва да насърчи лекарите да обсъдят с пациентите си използването на психологически интервенции или алтернативни форми на лечение. В тази статия е представен случай на тежка следродилна депресия, лекувана успешно с хомеопатична терапия. Като се има предвид голямото несъответствие на жените, страдащи от следродилна депресия, с конвенционалните антидепресанти, изследванията в областта на безопасните допълващи медицински методи са оправдани. Един от тези методи трябва да бъде хомеопатията.

Ключови думи

Следродилна депресия, хомеопатия, agnuscastus

Получено на 2 юли 2016 г. Получено преработено на 22 септември 2016 г. Приет за публикуване на 13 октомври 2016 г.

В повечето проучвания се посочват три психиатрични разстройства след раждането: бебешки блус, следродилна депресия и следродилна психоза. Бебешкият блус е самоограничаващ се период на нестабилно настроение и обикновено се подобрява през първите седмици след раждането без лечение. Открива се при 39-85 % от жените след раждането.^{1,2} Клиничните прояви на следродилната депресия включват нарушения на съня, промени в настроението, промяна в апетита, страх от нараняване на бебето, изключителна загриженост и тревога за бебето, тъга, прекомерен плач, чувство за вина и безпомощност, трудности с концентрацията и нарушаване на паметта, загуба на интерес към ежедневните дейности и повтарящи се мисли за смърт, които могат да включват суицидни идеи. Тя засяга 10-15 % от новите майки.³ Следродилната психоза е рядко, но сериозно състояние, което се среща при 1-2 жени на 1000 души в рамките на 2 дни до 4 седмици след раждането.⁴ Предполага се, че тя е явна проява на биполярно разстройство, която съвпада с хормоналните промени след раждането.⁵ Характеризиращо се с бързо начало, лабилност на настроението, дезорганизирано мислене, халюцинации и делузии, то излага жените на значителен риск от самонараняване, нараняване на новородените, дълготрайно ниско самочувствие и лоша връзка

между майката и бебето.^{6,7}

Следродилната психоза носи дълготрайни последици за майката и детето.⁸ В допълнение към страданията и уврежданията, свързани с това разстройство, съществуват дългосрочни рискове, свързани със заболяването, включително повишен риск от рецидив и ранена перипартална и неперипартална психоза с повишена тежест на разстройството и последващи депресивни епизоди.^{8,9} Освен това децата на майки с перипартална психоза са изложени на повишен риск от забавяне на развитието и поведенчески проблеми.¹⁰⁻¹³

¹ Университет по медицина и фармация, "Юлиу Хатигегану", Клуж-Напока, Румъния

² Окръжна болница за спешна помощ, Клуж-Напока, Румъния

³ Международна академия по класическа хомеопатия, Алонисос, Гърция

⁴ Румънска асоциация по психология, Клуж-Напока, Румъния

⁵ Център за интегративна допълваща медицина, Медицински център Шааре Зедек, Йерусалим, Израел

* Двата автори имат еднакъв принос за статията

Отговарящ автор:

Менахем Овербаум, MD, Център за интегративна допълваща медицина, Медицински център "Шааре Зедек", улица "Шмуел Баит" 12, Йерусалим, Израел.
Имейл: oberbaum@netvision.net.il



Сериозността на психичните заболявания след раждане се подчертава от резултатите от проучване, проведено в Обединеното кралство между 1994 и 1996 г.,¹⁴ което показва, че 12 % от смъртните случаи на майки се дължат на психични заболявания, а 10 % - на самоубийства, което ги прави най-честата самостоятелна причина за смърт след раждане. Това проучване показва също, че следродилното самоубийство, за разлика от самоубийствата на жени като цяло, често е извършено по насилствен начин, а не чрез свръхдоза наркотици.

Въпреки разпространението на следродилната депресия и свързаните с нея клинични увреждания, последните доклади показват, че повечето засегнати бременни жени се колебаят дали да приемат антидепресанти, като голям процент от тях прекратяват употребата им.¹⁵⁻¹⁷ Широко разпространеното непълноценно лечение на перинаталната депресия буди загриженост с оглед на многобройните рискове както за жените, така и за развиващите се бебета, включително втреутробно забавяне на растежа, ниско тегло при раждане и преждевременно раждане.¹⁸ Battletal¹⁹ предполага, че нежеланието на бременните жени да приемат антидепресанти трябва да насърчи лекарите да обсъждат с пациентите си използването на психологически интервенции и алтернативни форми на лечение – светлинна терапия, масажна терапия, добавяне на омега-3 мастни киселини и други. Изследователите започват да проучват методите на допълващата и алтернативната медицина за лечение на следродилна депресия, за да разширят обхвата на сегашните методи на лечение и да достигнат до повече жени.²⁰⁻²² Предимство на тези методи е липсата на отрицателно въздействие върху децата в краткосрочен или дългосрочен план и възможността те да им повлияят положително.¹⁹ Те също така нямат сериозни странични ефекти при родилката нито по време на бременността, нито след раждането. Освен това жените са по-склонни да използват тези методи, тъй като те се считат за безопасни.

Представяме случай на тежка следродилна депресия, която е лекувана успешно с хомеопатия.

Представяне на случая

25-годишна студентка по медицина в 14-ия ден след раждането е приета в психиатричната клиника в отделението по неврология на Окръжната болница за спешна помощ в Клуж-Напока, Румъния, с психопатологични симптоми, доминирани от психомоторна възбуда, дезорганизирано поведение, халюцинаторно-делириумно поведение, солилоквиизъм, идео-вербална дисоциация и агресия. Пациентката има анамнеза за първи епизод на 17-годишна възраст, когато реагира добре на антипсихотично и антидепресивно лечение. Лечението е спряно 2 години по-късно, а вторият епизод се появява 18 месеца след това. Тя е следвала посоченото лечение в продължение на още 3 години. На 23-годишна възраст тя се омъжва и забременява около година по-късно. Развитието на бременността ѝ било нормално с изключение на засилената нужда от сън. При постъпването пациентката се представила с учуден, фиксиран поглед, избягване на зрителен контакт, хипомобилна мимика и жестикулация, нисък перцептивен праг, възможни комплексни слухови и зрителни халюцинации, обонятелни халюцинации, концентрирана апроксексия с хиперпросексия, съсредоточена върху халюцинаторно-делиричнитеми, идео-вербална дисоциация, параноидни делирични идеи за тълкуване, за преследване, мистични, емоционална лабилност, афективно изглаждане, двигателен и вербален негативизъм, намалени

инстинкти и смесено безсъние. Рутинната диагностична оценка, включваща физикален преглед, лабораторни изследвания и мозъчна томография, е нормална. Пациентката има оценка 24/30 точки по Единбургската скала за постнатална депресия, 10-степенна скала за самооценка (оценявана от 0 до 3 точки), предназначена за идентифициране на жени, изпитващи депресивни симптоми (граничен резултат за определяне на жената като депресивна: 2:13); по 3-те субскали на Скалата за позитивен и негативен синдром, използвана за оценка на интензивността на шизофренните симптоми, тя има следните резултати: По скалата за позитивните симптоми тя получава 39/49 точки; по скалата за негативните симптоми - 42/49 точки; по скалата за общата психопатология - 72/16-112 точки; по скалата за глобална оценка на функционалността – цифрова скала, използвана за субективна оценка на социалното, професионалното и психологическото функциониране на възрастни хора - тя получава 45/100 точки; по скалата за клинично глобално впечатление, която измерва клиничните резултати по отношение на тежестта на симптомите и ефикасността на лечението прилица с психози, тя получава 6/7 точки.

Лечението е започнато с халоперидол (10 mg/ден), оланзапин (20 mg/ден) и диазепам (30 mg/ден) и е поддържано през 8-те дни на хоспитализация в отделението. Поради персистиращата депресия е предложена електроконвулсивна терапия, но тя е отхвърлена от пациентката и нейното семейство, които се решават на хомеопатично лечение. По тяхна молба пациентката е изписана на своя отговорност.

В деня на изписването е започнато хомеопатично лечение, като е използван *Agnus Castus* 30C, 7 гранули сублингвално два пъти дневно. *Agnus castus* (познат още като Целомъдрено дърво, Целомъдрие, Авраамов балсам, Люляково целомъдрие и Монашески пипер) е местно дърво от Средиземноморския регион, често използвано в хомеопатията за лечение на депресивни състояния със суицидни мисли.²³

Първите два дни от лечението се характеризират с продължителна реакция на сънливост, като пациентът се събужда само за хранене. От третия ден нататък се наблюдава впечатляващо подобрение, при което изчезват психомоторната възбуда, халюцинациите, гарулността и поведенческите разстройства. Третият ден се характеризирал и с изчезване на всички останали психиатрични симптоми - мания за преследване, халюцинации и психомоторна възбуда. Все още се наблюдават лека сомнолентност и дезориентация във времето и пространството. От петия ден тя възобновила кърменето на бебето си. Три седмици след започване на лечението всички симптоми изчезнали и лечението било спряно. Социалната и семейната ѝ реинтеграция завършила след около 2 седмици.

След 4-седмично лечение тя е получила 10 точки по Единбургската скала за постнатална депресия. По 3-те субскали на Скалата за положителен и отрицателен синдром тя получила следните резултати: Резултат по скалата за позитивен синдром - 14; резултат по скалата за негативен синдром - 17; и резултат по скалата за обща психопатология - 35. По скалата за глобална оценка на функционалността тя получила 80 точки, а по скалата за клинично глобално впечатление - 2 точки.

Днес, 9 месеца след хоспитализацията и 8 месеца след преустановяване на лечението, пациентката е без оплаквания, въпреки че е преживяла стресов период, когато се е явила на изпит за медицинска правоспособност - в който е постигнала висока оценка. В момента тя се радва на безпроблемна втора бременност!

Заключение

Хомеопатията е медицинска система, която се основава на 2 теории: "Подобното лекува подобно" - болестта може да бъде излекувана с

вещество, което предизвиква подобни симптоми при здрави хора; и "закон за минималната доза" - колкото по-ниска е дозата на лекарството, толкова по-голяма е неговата ефективност.²⁴ Хомеопатията не е индикативен метод, при който еднолекарстволечуваеднозаболяване. Тя е по-скоро метод, при който лекарството е съобразено с всеки отделен човек. Въпреки това през 2008 г. Проф. Витулкас описва *Agnus castus* като средство, което може да е подходящо за лечение на следродилна депресия.²⁵

Значителното подобрене на състоянието на пациента с използването на хомеопатично лекарство се потвърждава от всички параметри, оценявани по 3-те скали, които се използват рутинно както в това отделение, така и в този случай.

Както се очаква при хомеопатичното лекарство, не са наблюдавани никакви странични ефекти. Въпреки стресовия период, последвал лечението (ново майчинство и подготовка за изпит за правоспособност), и липсата на каквито и да било конвенционални медикаменти, не е настъпил рецидив. Изминал е твърде кратък период от време, за да се направят изводи относно твърдението, че хомеопатичното лечение води до дълготрайна ремисия или дори до излекуване, но фактът, че настроението на пациентката е много добро, нивото на енергията ѝ е по-високо, отколкото в миналото, и способността ѝ да се справя безупречно, са изключително обещаващи.

Представяме случай на следродилна депресия, лекувана хомеопатично - лечение, което е както безстранични ефекти, така и евтино. Ако хомеопатичното твърдение е вярно, можем да очакваме дълготрайна ремисия или дори пълно излекуване без допълнително лечение. Като се има предвид голямото несъответствие на жените със следродилна депресия с конвенционалното лечение (лечение, което се стигматизира от здравните работници и от негативната информация),² както и нежеланието на кърмачките да приемат антидепресанти, които могат да се предадат на бебето,^{27,28} изследванията на безопасни допълващи медицински методи са оправдани. Един от тези методи трябва да бъде хомеопатията.

Бележка на авторите

Vitalie Vașcaș rasi Джордж Витоулкас са първите съвместни автори.

Приноси на автора

Vitalie Vașcaș rasi: Лечение на пациента, написване на черновата на статията и написване на окончателната версия. Джордж Витулкас: съвместно планиране на плана за лечение и написване на черновата на статията. Anca Dana Buzoianu: Документиране и фармакологична ревизия. Ioan Mărginean: Документиране и написване на черновата на статията. Zoltan Major: Документиране и фармакологична редакция. Veronica Vașcaș rasi: Психологическа оценка и написване на черновата на статията. Romulus Dan Nicoara: Психологическа оценка. Менахем Обербаум: Консултации при планирането на лечението, написване на черновата на статията и написване на окончателния вариант на статията.

Декларация за конфликтни интереси

Авторите не декларират потенциални конфликти на интереси във връзка с изследването, авторството и/или публикуването на тази

статия.

Финансиране

Авторите не са получавали финансова подкрепа за изследването, авторството и/или публикуването на тази статия.

Референции

- 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.
- Buist A. Perinatal depression, assessment and management. *Aust Fam Physician.* 2006;35:670-673.
- Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Under-served.* 2012;23:534-542.
- Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG.* 2008; 115:348-353.
- Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health.* 2006;15:352-368.
- Posmontier B. The role of midwives in facilitating recovery in postpartum psychosis. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55: 430-437.
- 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.
- Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of peripartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35:652-658.
- Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of peripartum depression in diverse groups of women. *West J Nurs Res.* 2001; 23:563-574.
- Beck CT. The effects of peripartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 1998;12:12-20.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Womens Health.* 2003;12:373-380.
- 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.
- 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 health care 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.