

Anxiety disorders and their obstetric consequences for pregnant women

Zaburzenia lękowe u ciężarnych i ich konsekwencje położnicze

Krzysztof Nietubicz, Tadeusz Nasierowski, Justyna Teliga-Czajkowska

Keywords:

anxiety disorders (AD), treatment, pregnancy, miscarriage, pre-term birth, caesarean section

Słowa kluczowe:

zaburzenia lękowe, leczenie, ciąża, poronienie, poród przedwczesny, cięcie cesarskie

Abstract: The article attempts to examine if and how anxiety disorders (AD) impact possibility of occurrence of miscarriages and/or preterm birth in pregnant women. The authors focus on symptoms of anxiety, derived from former traumatic experiences, arising from miscarriage, preterm birth or caesarean section. The article describes AD co-existing with postpartum depression, in women of childbearing age, as well as with generalized anxiety disorders (GAD), obsessive-compulsive disorders (OCD), panic disorders (PD) and post-traumatic stress disorders (PTSD). Finally, preventative and diagnostic measures, followed by suggestions for treatment are discussed. AD are highly prevalent among women, and the risk of their occurrence, at least once in the woman's lifetime is significant. Unfortunately, many practitioners often ignore or fail to identify the AD symptoms. In addition, they may not be fully prepared to offer an optimal treatment to their patients. The article presents a review of selected publications and established therapeutical standards, used in the treatment of AD, in women before and during pregnancy. It is important to screen out-patients with AD, in the population of pregnant women, and those planning to have children. Besides the assistance of a psychologist, some of them may need psychiatric care, including pharmacotherapy. It has to be remembered, however, that the pharmacotherapy has potential harmful effects on the foetus, especially in the first trimester. On the other hand, leaving the AD untreated is dangerous, since it increases the risk of miscarriage and premature delivery.

Streszczenie: W artykule dokonano oceny wpływu zaburzeń lękowych na występowanie poronień i porodów przedwczesnych. Skupiono się na lękach, których źródłem są wcześniej przebyte poronienia, porody przedwczesne, jak również rozwiązanie ciąży drogą cięcia cesarskiego. Opisano występujące u kobiet w wieku rozrodczym zaburzenia lękowe towarzyszące depresji poporodowej oraz te, które występują pod postacią zaburzenia lękowego uogólnionego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, lęku panicznego, zaburzenia stresowego pourazowego. W pracy omówiono profilaktykę oraz działania diagnostyczne i terapeutyczne w tej grupie chorych. Zaburzenia lękowe są dość rozpowszechnione, a ryzyko ich wystąpienia u kobiet przynajmniej raz w ciągu życia jest znaczne. Często są one przez lekarzy niedostrzegane, bagatelizowane i nieleczone. W pracy dokonano przeglądu wybranych pozycji z literatury i zaleceń terapeutycznych u kobiet cierpiących na zaburzenia lękowe przed zajściem w ciążę oraz w jej trakcie. Wskazane byłoby wyodrębnienie z grupy kobiet ciężarnych lub planujących ciążę tych, które cierpią na zaburzenia lękowe. Część z nich wymaga, oprócz wsparcia psychologicznego, leczenia psychiatrycznego, włącznie z zastosowaniem farmakoterapii. Farmakoterapia, w zależności od preparatu, może wywierać działanie szkodliwe na płód, zwłaszcza przy jej stosowaniu w pierwszym trymestrze ciąży, jednak pozostawienie pacjentki bez leczenia może okazać się niebezpieczne. Nieleczone zaburzenia lękowe mogą wywierać negatywny wpływ na ciążę, zwiększać liczbę poronień oraz porodów przedwczesnych.

(*Probl Med Rodz* 2014;3(43):44–51)

Faculty of Family Medicine, Medical University of Warsaw

Krzysztof Nietubicz, MD
Resident

Faculty of Psychiatry, Medical University of Warsaw

Tadeusz Nasierowski, MD, PhD
Assistant Professor

Faculty of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Warsaw

Justyna Teliga-Czajkowska, MD, PhD
Assistant Professor

CORRESPONDENCE ADDRESS:

Lek. med. Krzysztof Nietubicz
Al. KEN 56/108
02-797 Warszawa
tel.: 888060709
k.nietubicz@gmail.com

RECEIVED: 25.10.2013
ACCEPTED: 15.11.2013

Wstęp

Ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych przynajmniej raz w ciągu życia danego człowieka jest znaczne i może dotyczyć aż 20–30% kobiet i mężczyzn w globalnej populacji¹⁻⁵. W populacji samych kobiet wskaźnik ten może sięgać nawet 40–43%⁶. Niestety często są one przez lekarzy niedostrzegane, bagatelizowane i nieleczone^{7,8}.

Z wielu badań wynika, że kobiety cierpią około dwukrotnie częściej niż mężczyźni na większość zaburzeń psychicznych (z wyjątkiem zaburzeń psychotycznych oraz uzależnienia od alkoholu i narkotyków), a zaburzenia lękowe wraz z depresją są u nich najczęstszym zaburzeniem psychicznym bez względu na wiek. Częstość występowania zaburzeń lękowych u kobiet w wieku rozrodczym w obydwu populacjach – kobiet

ciężarnych oraz niebędących w ciąży – jest zbliżona. Według różnych źródeł problem ten może dotyczyć około 10% kobiet⁹.

Skłonność do występowania zaburzeń lękowych wiąże się z określonymi cechami osobowości. W literaturze można spotkać wiele prac, w których podejmowano próby powiązania etiopatogenetycznego osobowości zależnej, anankastycznej, lękowej (zwanej także osobowością lękliwą lub unikającą) z wystąpieniem zaburzeń lękowych u danej osoby^{1,9-11}.

W wielu przypadkach zaburzenia lękowe są zaburzeniami o przewlekłym przebiegu, z okresami zaostrzeń objawów, zaś ich leczenie dość często wymaga zastosowania wielu skojarzonych ze sobą metod terapeutycznych^{4,8,10,12,13}.

Okres ciąży jest okresem podwyższonego ryzyka ujawnienia się określonych zaburzeń psychicznych. Zaburzenia nastroju oraz lęk mogą utrzymywać się na poziomie sprzed ciąży lub ulec wzmocnieniu w trakcie jej trwania^{4,8}. 90% kobiet zachodzi w ciążę przynajmniej raz w ciągu swego życia, tak więc zdrowie psychiczne kobiet ciężarnych stanowi znaczący problem społeczny¹¹. Zaburzenia lękowe mogą występować samoistnie, szczególnie u kobiet¹⁴, ale u 10–50% z nich stwierdza się współistnienie zaburzeń lękowych z depresją^{14,15}. Według niektórych badań zaburzenia lękowe występują równie często, a nawet częściej niż depresja poporodowa¹⁴. Należy pamiętać, że wystąpienie depresji może być wtórne do istniejącego już lęku^{2,10,15}. Nierzadko pacjentki z zaburzeniami lękowymi nadużywają substancji psychoaktywnych i/lub alkoholu. Nie jest to obojętne dla zdrowia ich samych, jak i potomstwa. Nasilony lęk lub przeżywane sytuacje stresowe w czasie ciąży mają również negatywny wpływ na dalszy rozwój dziecka. Są one uznawane za czynniki sprzyjające powstaniu defektów somatycznych, niskiej masy urodzeniowej, a także występowaniu w późniejszym okresie życia zaburzeń nastroju i emocji^{4,8,15}.

Lęk w przebiegu ciąży i po porodzie a zaburzenia psychiczne

Ciężarne nierzadko, w jednym z badań nawet w 9,5% przypadków, doświadczają objawów leku uogólnionego (GAD – *generalized anxiety disorder*) w pewnym momencie ciąży^{7,8}. GAD jest definiowany jako uporczywy, przewlekły i „wolno płynący” lęk, ze zmiennym nasileniem objawów, którym towarzyszą obawy

i przewidywania mających nastąpić złych wydarzeń, wypadków, chorób. Często związane jest to z przewlekłą sytuacją stresową, a do pospolitych skarg ze strony dotkniętych nim kobiet należą stałe uczucie zdenerwowania i niepokoju oraz objawy somatyczne, jak drżenie mięśniowe, nadmierne pocenie się, zawroty głowy¹⁰.

U kobiet chorujących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD – *obsessive-compulsive disorder*) w czasie ciąży dochodzi do zaostrzenia objawów (natrętnych myśli i/lub przymusowych czynności, niepokoju i lęku). W różnym stopniu przeszkadzają one w codziennych czynnościach życiowych, co jest źródłem stresu w okresie poporodowym^{8,10,14} bądź po poronieniu⁴. W jednym z badań wykazano, że niepokój i/lub obniżenie nastroju występują u 29,2% kobiet w III trymestrze ciąży, w porównaniu z 16,5% w okresie poporodowym⁷.

W przeciwieństwie do objawów OCD, objawy lęku panicznego (PD – *panic disorder*) ulegają zmniejszeniu w czasie ciąży. Być może trend ten jest spowodowany naturalnym zwiększeniem stężenia progesteronu w tym okresie, dającym efekt przeciwlękowy poprzez działanie na receptory GABA-ergiczne¹⁴. W przypadku bolesnego i powikłanego porodu czy poronienia może dojść do rozwoju zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD – *post-traumatic stress disorder*), w którym kobiety „przeżywają na nowo” wydarzenie urazowe w swoich wspomnieniach, wyobrażeniach na jawie lub w snach. Często towarzyszą temu lęk i depresja^{8,10}.

Lęk występujący w ciąży i po porodzie jest powszechnym zjawiskiem, a ryzyko ujawnienia się i rozwoju zaburzeń lękowych w okresie wczesno-poporodowym jest szczególnie wysokie¹⁴. Co ważne, wystąpienie zaburzeń lękowych w ciąży wiąże się z poporodowymi objawami depresji i niepowodzeniami położniczymi⁷.

Stan zdrowia psychicznego ciężarnej przekłada się na dobrostan płodu, jak i determinuje późniejszy rozwój dziecka. Istotna jest więc profesjonalna ocena zdrowia i kondycji, nie tylko fizycznej, ale również psychicznej przyszłej matki, dbałość o odpowiednią edukację i promocję zdrowia^{13,16}.

Lęk u ciężarnych i jego przyczyny

Poczucie obawy, trwogi lub lęku o nieznacznym stopniu nasilenia w praktyce występuje u każdej ciężarnej i może być traktowane jako zjawisko adaptacyjne.

Związane jest to głównie z niepokojem o zdrowie i rozwój dziecka, obawą o obecność ukrytych wad wrodzonych, obawą przed bólem w czasie porodu oraz z obawami o zdolność poradzenia sobie w roli matki. Obawy te może wzmacniać pobyt w szpitalu, procedury medyczne oraz brak odpowiedniego wsparcia emocjonalnego^{17,18}. Sama informacja o zajściu w ciążę, która zazwyczaj powoduje silne pozytywne emocje, może szybko zostać przesłonięta, szczególnie w pierwszych tygodniach ciąży, przez uczucie lęku, niepokoju, obawy o dalszy przebieg ciąży i całego okresu poporodowego¹⁸. Może to być niepokój przed poronieniem z powodu odbywanych w czasie ciąży stosunków płciowych, niepokój przed możliwością wypadku komunikacyjnego, przed niespodziewanym krwawieniem z dróg rodnych, ciężkimi infekcjami, przed konsekwencjami niezdrowego stylu życia czy też częstymi badaniami ginekologicznymi¹⁸. Uczucia te mogą być potęgowane przez niepewną i niestabilną sytuację socjoekonomiczną przyszłej matki (brak wsparcia i pomocy ze strony rodziny, partnera, trudna sytuacja finansowa, młody wiek, niski poziom edukacji). Czynnikiem inicjującym ujawnienie się zaburzenia lękowego może być dodatkowo nagła i poważna choroba somatyczna pacjentki lub członka jej rodziny, uczestniczenie w wypadku komunikacyjnym, śmierć bliskiej osoby, rozstanie się z partnerem, a nawet przeprowadzka^{1,7,8,13,19}. Stan przewlekłego stresu, wyczerpania oraz brak odpowiedniej ilości i jakości wypoczynku czy współistniejące schorzenie somatyczne mogą przyczyniać się do tego w znacznym stopniu. Każde poważne wydarzenie życiowe wymaga bowiem nawet wielotygodniowego okresu adaptacji, przystosowania się do nowych warunków^{1,19,20}. Obciążający wywiad rodzinno-osobniczy, predyspozycje biologiczne do zaburzeń psychicznych, przemoc i wykorzystywanie w dzieciństwie czy też uczenie się wzorców zachowań lękowych w rodzinie mogą dodatkowo pogorszyć kondycję psychiczną kobiety¹⁷.

W jednym z badań, w którym uczestniczyły kobiety w ciąży, zwrócono uwagę na fakt, że ciężarne powyżej 35. roku życia wykazywały wyższy niż młodsze poziom lęku¹⁷. Autorzy tej pracy zauważyli, że w przypadku ciąż przebiegających bez powikłań, doświadczenia z poprzednich porodów nie wpływały na poziom lęku, a każdy następny poród stanowił nowe doświadczenie dla kobiety. W innym badaniu zwrócono uwagę na dodatnią korelację między starszym wiekiem kobiet oraz małą liczbą posiadanych przez nie dzieci a przebytymi wcześniej poronieniami i wyższym poziomem lęku¹⁸.

Przemoc w stosunku do ciężarnej i jej konsekwencje

W piśmiennictwie podkreśla się wpływ przemocy w stosunku do ciężarnej (zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym) na zwiększenie ryzyka ujawnienia się lub nasilenia zaburzeń lękowych, depresji oraz równoczesnego wystąpienia powikłań położniczych w postaci poronień lub porodów przedwczesnych²¹. Z badań przeprowadzonych wśród kobiet ciężarnych w Kanadzie, Chile, Egipcie, Nikaragui wynika, że od 6 do 15% kobiet doświadczyło podczas ciąży fizycznej lub seksualnej przemocy (najczęściej ze strony swojego partnera), co wiązało się ze zwiększonym ryzykiem komplikacji, takich jak poronienia, porody przedwczesne, niska masa urodzeniowa dziecka czy wady wewnątrzmaciczne płodów. W populacji USA odsetek ten wynosił między 3 a 11% i aż 38% u kobiet zachodzących w ciążę w młodym wieku i mających niskie dochody²¹.

Poród drogą cięcia cesarskiego i jego ewentualne konsekwencje psychiatryczne

Nasilenie lęku przed porodem może doprowadzić do komplikacji położniczych, w tym do konieczności wcześniejszego ukończenia ciąży poprzez wykonanie cięcia cesarskiego^{18,22}. Z drugiej strony odczucia pacjentki wyzwolone podczas porodu drogą cięcia cesarskiego wzmagają lęk w kolejnej ciąży, co może pogarszać przebieg następnych ciąż i porodów. Jest to typowy przypadek błędnego koła, kiedy dochodzi do utrwalania i wzmacniania lęku, skupiania uwagi na objawach z nim związanych i oczekiwaniu na ich ponowne wystąpienie, co można określić jako „lęk przed lękiem” (lęk antycypacyjny)^{1,2,9,10,19}. Przykładowo: wyjściowy poziom lęku → powikłanie położnicze → następczy wzrost nasilenia lęku → powikłanie położnicze w kolejnej ciąży → ponowny wzrost natężenia odczuwanego lęku.

Część kobiet, która obawia się porodu siłami natury (ból z nim związanego, ewentualnych odległych komplikacji, obniżenia narządu rodowego, nietrzymania moczu) uważa, że poród drogą cięcia cesarskiego byłby najlepszym sposobem ukończenia ciąży. Domagają się one wykonania cięcia cesarskiego na żądanie, mimo braku wskazań medycznych²². Z drugiej strony kobiety ciężarne z podwyższonym poziomem lęku w I tryme-

strze wykazywały większy odsetek porodów drogą cięcia cesarskiego, mimo że rzadziej wyrażały na to chęć. W tych przypadkach notowano częściej komplikacje przy porodzie oraz niższe wartości punktowe w skali Apgar u noworodków¹⁸. Również u ciężarnych z podwyższonym STA (*state anxiety* – lęk jako stan) częściej wykonywano cięcia cesarskie¹⁸. Ukończenie ciąży drogą operacyjną nie jest pozbawione ryzyka, nie tylko w aspekcie powikłań chirurgicznych, ale również samo predysponuje do pogorszenia nastroju, wzmożenia lęku wkrótce po porodzie i podczas połogu, w porównaniu ze stanem po porodzie drogami i siłami natury.

Psychiatryczne skutki przeżycia przez kobietę poronienia

W kilku badaniach stwierdzono, że u kobiet po poronieniu częściej występują zaburzenia lękowe niż objawy depresji²³. Wykazano, że kobiety w ciąży z przeżytych poronieniem miały bardziej nasilone objawy lęku w porównaniu z grupą kobiet w ciąży bez wcześniejszych powikłań²³. Aż 41% kobiet, które poroniły, wykazywało znaczący poziom lęku w pierwszym tygodniu po stracie ciąży, a 22% typowe objawy depresji²³. W innym badaniu stwierdzono, że znaczące klinicznie symptomy lęku występowały aż u 45% kobiet w trzecim miesiącu po poronieniu¹⁸. Zwiększone ryzyko ujawnienia się lęku ma miejsce w okresie do około 3–4 miesięcy po utracie ciąży^{23,24}. Należy przy tym pamiętać, że odczuwanie lęku, winy, żalu, smutku, bezradności czy złości jest zaliczane do elementów „procesu żałoby”, który jest doświadczany nie tylko po śmierci bliskiej dorosłej osoby, ale również po poronieniu^{24,25}.

Poznanie przez kobietę przyczyny poronienia jest dla niej czynnikiem ochronnym, który zmniejsza ryzyko ujawnienia się zaburzeń lękowych. 47% kobiet, które znały przyczynę poronienia w stosunku do 66% kobiet, które jej nie znały, wykazywało objawy lęku²³. W innym badaniu nie stwierdzono związku między ujawnieniem się lęku pod postacią agorafobii i innych fobii prostych a przeżytych poronieniem. Wiele par, które doświadczyły poronienia, izolowało się społecznie, z czego wynikają trudności obserwacji objawów lęku w ich życiu codziennym²³.

Wiele pytań i wątpliwości klinicznych nasuwa ustalenie potencjalnych zależności pomiędzy wysokim poziomem lęku w czasie aktualnej ciąży a przeżyтыми wcześniej, jednym lub więcej poronieniami. Zagad-

nienie to nie zostało jak dotąd wystarczająco opisane w literaturze¹⁸. W jednym z badań przebadano 143 ciężarne, które doznały wcześniej poronienia (jednego lub kilku), bez względu na czas trwania ciąży. Ustalono, że w porównaniu z kobietami bez poronień, kobiety z poronieniem w wywiadzie miały podwyższony poziom lęku związanego z ciążą (PRF – *pregnancy-related fear*), w trakcie I trymestru. Poziom lęku był większy u kobiet z kilkoma poronieniami niż u pacjentek z jednym poronieniem, ponadto lęk we wczesnym okresie ciąży wykazywał znaczne korelacje z komplikacjami w trakcie trwania ciąży i podczas porodu¹⁸.

Ryzyko utraty kolejnej ciąży wzrasta wraz ze wzrostem liczby poronień. Ogólne ryzyko poronienia szacuje się między 11–15%, jednak ryzyko utraty ciąży po pierwszym, drugim, trzecim i czwartym poronieniu wzrasta odpowiednio do 16%, 25%, 45% i 54%¹⁸. Warto zwrócić uwagę, że największy odsetek poronień występuje przed implantacją zarodka i wynosi około 50%, zaś w okresie poimplantacyjnym odsetek ten wyraźnie ulega zmniejszeniu²⁴. Ponadto, w przebiegu kolejnych ciąż po poronieniu występuje większe ryzyko powikłań, takich jak: krwotok z dróg rodnych, poród przedwczesny, przedwczesne odklejenie łożyska oraz zwiększa się liczba porodów drogą cięcia cesarskiego. Gdy występują kolejno po sobie trzy lub więcej poronienia, możemy mówić o poronieniach nawracających. W tej grupie częstość porodów przedwczesnych zwiększa się proporcjonalnie do liczby przeżytych poronień²⁴.

Jak wspomniano, lęk jest opisywany jako jedna z najczęstszych psychicznych reakcji po poronieniu, a podwyższony poziom lęku w czasie pierwszych 6 miesięcy po tym doświadczeniu zauważono aż w 27 do 67% przypadków¹⁸.

Lęk związany z ciążą a lęk jako stan u ciężarnych

Wielu autorów wskazuje na podwyższony poziom lęku związanego z ciążą (PRF), jak np. lęku przed utratą dziecka z powodu odbywanych stosunków płciowych czy wypadku. Dla odmiany badania nad lękiem jako stanem (STA) są niejednoznaczne. Niektóre z nich mówią o wyższym poziomie lęku uogólnionego, podczas gdy inne nie wykazują takich zależności w przebiegu ciąży. STA bowiem nie koncentruje się wokół wydarzeń związanych z ciążą, a definiowane jest jako poziom aktualnie doświadczanego niepokoju, napię-

cia, strachu czy negatywnego podniecenia, oczekiwania przed ewentualnym przyszłym niekorzystnym wydarzeniem życiowym^{1,18}. PRF oraz STA są jednak wyższe, zwłaszcza na początku ciąży, u kobiet, które doświadczyły poronień w poprzednich ciążach, w porównaniu z kobietami bez poronień. Ponadto kobiety, które miały więcej niż jedno poronienie, wykazywały wyższy poziom lęku niż kobiety z jednym poronieniem lub bez niego i stan ten utrzymywał się przez cały okres ciąży. Podwyższony poziom STA w I trymestrze był związany z częstszym występowaniem zawrotów głowy i niższymi wartościami ciśnienia tętniczego. U kobiet ciężarnych z przebyłym jednym poronieniem początkowy wysoki poziom lęku PRF po I trymestrze spadał do poziomu typowego dla kobiet bez poronień. Może to wynikać z zaawansowania ciąży i przekroczenia granic czasowych poronienia. Wielu autorów zgadza się ze stwierdzeniem, że niezależnie od przebiegu ciąży wysoki poziom lęku, aż do napadów paniki włącznie, może mieć szkodliwy wpływ na dalszy jej przebieg.

W jednym z badań u noworodków matek obciążonych wysokim poziomem lęku wykazano niższą urodzeniową punktację w skali Apgar w 1 i 5 minucie, ale nie wykazano związku z niską masą urodzeniową lub porodem przedwczesnym. W piśmiennictwie zwraca się uwagę na dodatnią korelację pomiędzy poziomem lęku w czasie ciąży a ryzykiem poronień, porodów przedwczesnych i zmniejszonym obwodem głowy u noworodka. Dodatkowo napady paniki w czasie ciąży były związane z niedokrwistością u ciężarnej, większym ryzykiem porodu przedwczesnego, a później z krótszym okresem karmienia piersią¹⁸.

W innym doniesieniu autorzy stwierdzili, że podwyższony poziom lęku, który wynikał z jednego lub więcej poronień, nie miał negatywnego wpływu na przebieg kolejnej ciąży, a raczej działał protekcyjnie¹⁸. Według tego badania kobiety te częściej korzystały ze specjalistycznej opieki medycznej, częściej zgłaszały się na wizyty lekarskie oraz badania kontrolne. Stwierdzenie to jest jednak odosobnione i nie znajduje potwierdzenia w innych badaniach. Wielu autorów potwierdza, że podwyższone PRF nie może być określane jako nieszkodliwy czy zabezpieczający czynnik dla przebiegu kolejnej ciąży u kobiet po poronieniu/poronieniach, a wręcz odwrotnie. Lęki te były związane z podwyższonym ryzykiem krwawienia z dróg rodnych, nadmiernym zmęczeniem, koniecznością leczenia szpitalnego, komplikacjami okołoporodowymi, oczekiwaniem przez

kobiety na wykonanie cięcia cesarskiego czy z obniżoną punktacją urodzeniową Apgar. Paradoksalnie u kobiet z więcej niż jednym poronieniem nie udowodniono tezy, by kobiety te częściej poddawały się badaniom lekarskim i przez to były pod szczególną opieką. Potencjalnie kobiety z jednym poronieniem mogłyby uwolnić się od emocjonalnego związku z tym bolesnym doświadczeniem dzięki dojściu do momentu, w którym zaczęły odczuwać ruchy płodu. Jednak kobiety te tracą zaufanie we własne zdolności rozrodcze, zwłaszcza że często są one starsze i bez potomstwa¹⁸.

Do czynników lękotwórczych zwiększających ryzyko poronienia zalicza się:

- starszy wiek,
- wysoki lub niski poziom wykształcenia,
- bycie rozwiedzionym lub pozostawanie w separacji,
- utratę lub śmierć partnera,
- ciężką pracę zawodową,
- wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie,
- przemoc seksualną, napaść fizyczną, wypadek zagrażający życiu,
- doświadczenie poronienia w przeszłości,
- duże spożycie kofeiny, picie alkoholu oraz stosowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych – NLPZ^{24,26}.

Postępowanie z ciężarnymi cierpiącymi na zaburzenia lękowe

W przypadku kobiety ciężarnej lub planującej macierzyństwo, u której wystąpią po raz pierwszy lub nasilą się już istniejące zaburzenia lękowe, podjęcie decyzji odnośnie do najlepszego sposobu postępowania może przysporzyć lekarzowi wiele trudności. Bardzo ważną staje się tu kwestia nawiązania partnerskiego, opartego na zaufaniu kontaktu z pacjentką, odpowiednie przekazywanie informacji medycznej, w miarę możliwości jak najbardziej zrozumiałe przedstawienie bilansu korzyści i potencjalnego ryzyka powikłań, jakie mogą wynikać z zastosowania danego leczenia bądź odstąpienia od niego. Ostatecznie działania terapeutyczne muszą być poprzedzone uzyskaniem świadomej zgody pacjentki z zapisem w dokumentacji medycznej. W przypadku podjęcia leczenia nasuwają się pytania odnośnie do jego skuteczności i możliwych działań uszkadzających płód. W przypadku kobiet w wieku rozrodczym leczonych farmakologicznie z powodu zaburzeń lękowych, zwłaszcza lekami z grupy

D/X według FDA (Food and Drug Administration), do których należą np. anksjolityki benzodiazepinowe, zawsze trzeba pamiętać o potencjalnym ryzyku dla płodu.

Leki z grupy D, do których należą leki uspokajające i nasenne, jak średnio długo i długo działające benzodiazepiny, np. Diazepam (Relanium), Lorazepam (Lorafen), Alprazolam (Xanax, Zomiren), Chlordiazepoksyd (Elenium) oraz leki przeciwdepresyjne (np. Paroksetyna), mają potwierdzone działanie negatywne na rozwój płodu, jednak w sytuacjach ratujących życie mogą zostać użyte. Leki z grupy X, do których należą niektóre leki nasenne, jak krótko i średnio długo działające benzodiazepiny, np. Estazolam (Estazolam TZF, Estazolam Polfarmex), Temazepam (Signopam) czy Triazolam, mają silne działanie teratogenne i ryzyko ich użycia znacznie przeważa nad potencjalnymi efektami leczniczymi¹².

Pacjentki coraz częściej są świadome nie tylko objawów chorobowych, ale również często chcą uzyskiwać rzetelne informacje na temat swojego stanu zdrowia i przebiegu ciąży. Mają tendencje do wyolbrzymiania zagrożeń płynących ze stosowania leków psychotropowych, nie doceniając ryzyka, jakie niesie odstępianie od leczenia zaburzeń lękowych. Lekarze powinni przedstawić w jak najbardziej przystępnej i zrozumiałej formie informację medyczną oraz prowadzić leczenie zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i aktualnym stanem wiedzy. Przyjęcie postawy biernej i wyczekującej nie zawsze jest optymalne.

W ocenie nasilenia lęku istotne znaczenie ma doświadczenie kliniczne osoby badającej. Lęk znajduje odbicie w zachowaniu. Obserwując pacjentkę podczas wizyty lekarskiej oraz zadając jej ukierunkowane pytania, możemy postawić właściwe rozpoznanie¹¹. Narzędziami przeznaczonymi do przesiewowego wykrywania pacjentek zagrożonych rozwojem zaburzeń depresyjnych lub lękowych są następujące kwestionariusze:

- Skala Lęku Hamiltona (Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAM-A),

- Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS),

- Kwestionariusz Ogólnego Zdrowia (The General Health Questionnaire),

- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (The State-Trait Anxiety Inventory, STAI),

- Skala Oceny Lęku (The Manifest Anxiety Scale, MAS).

Jednak żaden z nich nie został dostosowany do badania kobiet ciężarnych. Na uwagę zasługuje często używana skala EPDS. Służy ona głównie do wykrywania objawów depresji poporodowej. Zawiera jednak pytania,

które odnoszą się do lęku i przez to jest obecnie najczęściej wykorzystywana do wykrywania tego typu zaburzeń u kobiet po porodzie.

Terminologia – objaśnienie skrótów:

Agencja do spraw Żywności i Leków – Food and Drug Administration, FDA,

Edynburska Skala Depresji Poporodowej – Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS,

lęk jako stan – *state anxiety*, STA,

lęk paniczny – *panic disorder*, PD,

Skala Lęku Hamiltona – Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAM-A,

zaburzenie lękowe uogólnione – *generalized anxiety disorder*, GAD,

zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne – *obsessive-compulsive disorder*, OCD,

zaburzenie stresowe pourazowe – *post-traumatic stress disorder*, PTSD.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS):

W minionych 7 dniach:

1. Potrafiłam się śmiać i dostrzegać śmieszność wielu rzeczy:

- tak samo jak dawniej
- nie tak jak dawniej
- zdecydowanie mniej niż dawniej
- nigdy.

2. Cieszyłam się na myśl o czekających mnie rzeczach:

- tak samo jak dawniej
- nieco mniej niż dawniej
- zdecydowanie mniej niż dawniej
- prawie nigdy.

3. Niepotrzebnie obwiniałam się, gdy coś się nie udało:

- tak, prawie zawsze
- tak, niekiedy
- tak, ale rzadko
- nie, nigdy.

4. Bałam się i martwiłam bez wyraźniejszego powodu:

- nie, nigdy
- tak, rzadko kiedy
- tak, niezbyt często
- tak, bardzo często.

5. Bywałam przerażona, wpadałam w panikę bez wyraźniejszego powodu:

- a. tak, dosyć często
- b. tak, niekiedy
- c. tak, ale bardzo rzadko
- d. nie, nigdy.

6. Czułam się przytłoczona różnymi sprawami:

- a. tak, przeważnie nie potrafiłam sobie z tym poradzić
- b. tak, niekiedy potrafiłam sobie radzić z tym tak jak kiedyś
- c. tak, ale przeważnie radziłam sobie całkiem dobrze
- d. nie, radziłam sobie tak jak kiedyś.

7. Byłam tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać:

- a. tak, prawie cały czas
- b. tak, niekiedy
- c. tak, ale rzadko
- d. nie, nigdy.

8. Byłam smutna i nieszczęśliwa:

- a. tak, prawie cały czas
- b. tak, dosyć często
- c. tak, ale niezbyt często
- d. nie, nigdy.

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że aż płakałam:

- a. tak, prawie cały czas
- b. tak, dosyć często
- c. tak, sporadycznie
- d. nie, nigdy.

10. Myślałam o tym, by zrobić sobie coś złego:

- a. tak, dosyć często
- b. tak, niekiedy
- c. tak, rzadko kiedy
- d. nie, nigdy.

Skala EPDS służy głównie do wykrywania objawów depresji poporodowej, nie jest nastawiona na wykrywanie zaburzeń lękowych, chociaż zawiera pytanie 4 i 5, które odnoszą się do lęku.

Klucz dla oceniającego lekarza. Dla każdej z udzielonych przez pacjenta odpowiedzi należy zsumować przyporządkowaną jej punktację według poniższego klucza. Maksymalna liczba punktów wynosi 30. Podejrzenie zaburzenia psychicznego występuje od 10 punktów wwyż.

Nr pytania	Odpowiedź a	Odpowiedź b	Odpowiedź c	Odpowiedź d
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	3	2	1	0
4.	0	1	2	3
5.	3	2	1	0
6.	3	2	1	0
7.	3	2	1	0
8.	3	2	1	0
9.	3	2	1	0
10.	3	2	1	0

Pytania:

1. Czynniki predysponującymi do odczuwania lęku u kobiety ciężarnej są:

- a. przemoc fizyczna i psychiczna w środowisku rodzinnym
- b. przebycie poronienia w przeszłości
- c. przewlekła choroba somatyczna
- d. trudna sytuacja materialna, samotność
- e. wszystkie wymienione.

2. Zaburzenia lękowe u kobiet ciężarnych występują:

- a. nigdy
- b. bardzo rzadko, poniżej 1%
- c. rzadziej niż u mężczyzn
- d. u około 5% tych kobiet
- e. mogą dotyczyć powyżej 5% tych kobiet.

3. Zaburzenie lękowe w przebiegu ciąży może wiązać się ze:

- a. zwiększonym ryzykiem poronienia
- b. zmniejszonym ryzykiem porodu przedwczesnego
- c. skróconym okresem karmienia piersią
- d. zmniejszonym obwodem głowy u noworodka
- e. prawidłowe: a+c+d.

Odpowiedzi:

- 1. e
- 2. e
- 3. e

References:

1. Koszewska I, Świącicki Ł. Nie bój się lęku, wyd. I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
2. Scully JH, Rybakowski J (red.). Psychiatria, wyd. I pol. Urban & Partner 1998, rozdz. IV, 135–150.
3. White MP. Dawkowanie leków w zaburzeniach lękowych – na co wskazują dowody. Psychiatria po Dyplomie 2010;7,1.
4. Manley MRS, Sidorowicz K (red.). Psychiatria, praktyczny przewodnik kliniczny. Urban & Partner, 2010, 131–139, 259–285, 453–458.
5. Rymaszewska J. (red.). Psychiatria – co nowego? Wyd. Cornetis: Wrocław, 2011, rozdz. XII, XVIII, XX.
6. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety: What's the relationship? Soc Sci Med 2008;67:238–252.
7. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. J Affect Disord 2011;131:277–283.
8. Hanley J, Sidorowicz S (red.). Zaburzenia psychiczne w ciąży i porożu, wyd. I. Urban & Partner, 2009, 22–25, 29–34, 39, 69, 93, 99–100, 150, 158–159, 191.
9. Wright P, Stern J, Phelan M, Rybakowski J, Rybakowski F (red.). Psychiatria. Sedno, wyd. pol., t. I, II. Urban & Partner, 2008, t. I, 203–214, t. II, 363.
10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii: Kraków-Warszawa, 2000, wyd. II uzup., reprint 2007, 119–127.
11. Huizinka AC, Mulderc EJH, Robles de Medinac PG, Visserc GHA, Buitelaara JK, Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev 2004;79:81–91.
12. Bazire S. Psychotropic Drug Directory, 2009, 259–276.
13. Bilikiewicz A (red.). Zaburzenia lękowe [w:] Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, wyd. III, 2007, 349–369.
14. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. J Anxiety Disord 2005;19:295–311.
15. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. Research report: The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Disord 2004;80:65–73.
16. Chazan B, Bręborowicz G (red.). Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży. Położnictwo i Ginekologia 2007;58–67.
17. Bączyk G i wsp. Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży – Anxiety levels of pregnant women in pre-delivery period. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011;92(4):774–777.
18. Fertl KI, Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;142:23–29.
19. Bemis J, Barrada A. Pokonać lęki i fobie. Jak radzić sobie z niepokojem i napadami paniki? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.
20. Bourne E, Andruszko R. (przekł.). Lęk i fobie. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Wyd. UJ, 2011.
21. La Violencia En La Pareja [w:] Informe Mundial Sobre La Violencia Y La Salud, raport zbiorowy WHO, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chap4_spa.pdf>, <http://www.who.int/es/>.
22. Podolska M, Majewska A. Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia 2007;43,4:60–63.
23. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. J Psychosom Res 2004;56:35–45.
24. Skrzypczak J (red. nauk.). Poronienia nawracające. Wyd. Lekarskie PZWL, 2011, wyd. I, 31, 43–50, 189–194.
25. Lachelin GCL. Emocjonalne skutki poronienia [w:] Poronienia. Medycyna. Fakty, Prószyński i S-ka: Warszawa, 1998, rozdz. 5, 36–42, 81, 83–85.
26. Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. J Psychiatr Res 2009;43:770–776.