

Prophylaxis and treatment of anxiety disorders in women in their reproductive and pregnancy period

Profilaktyka i leczenie zaburzeń lękowych u kobiet w okresie rozrodczym i w ciąży

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 is a continuation of a discussion on “Anxiety disorders and their obstetric implications in pregnant women”. Preventative measures and current recommendations for treatment of anxiety disorders are presented with respect to women before and during pregnancy. The authors outline pharmacological and non-pharmacological methods, suggest optimal treatment strategies and highlight advantages and disadvantages of certain medicines. The aim of the article is also to aid the general practitioner in diagnosing anxiety disorders in this segment of patients. Anxiety disorders are highly prevalent in women and the risk of occurrence of an episode of such disorders at least once in the woman’s life is significant. Unfortunately, practitioners often ignore or fail to identify their symptoms as well as they may not be fully prepared to offer their patients an optimal treatment. The article presents a review of selected publications and established therapeutical standards used in treatment of anxiety disorders in women before and during pregnancy. Mental disorders may often lead to negligence in the prenatal period and, in consequence, to an increased risk of delivery-related complications. Selecting an optimal treatment strategy before pregnancy is important in the case of women with diagnosed anxiety disorders. It has to be remembered that pharmacotherapy has potential harmful effect on the foetus, especially in the first trimester. On the other hand, leaving anxiety disorders untreated is dangerous as it increases a risk of miscarriage and premature delivery. In treating anxiety disorders, the available options include psychotherapy (cognitive-behavioural), pharmacotherapy or both. Significant positive and long-term effects of psychotherapy can only be achieved after perceived anxiety and the related vegetative and sensory-motoric symptoms have been significantly reduced with the help of pharmaceuticals. In the case of anxiety-affected women who have additionally experienced miscarriage, an urgent consultation (within one to two weeks following the incident) with a psychiatrist is highly recommended so as to plan proper therapeutic steps for the future. It is pointed out that pharmacotherapy may periodically be suspended during CBT sessions. The importance of controlling anxiety in pregnancy is widely emphasized in the literature.

Streszczenie: Artykuł stanowi kontynuację tematu: „Zaburzenia lękowe u ciężarnych i ich konsekwencje położnicze”. W artykule opisano profilaktykę oraz aktualne zasady leczenia zaburzeń lękowych u kobiet w wieku rozrodczym i w ciąży. Zwrócono uwagę na metody nefarmakologiczne, farmakologiczne oraz omówiono zasady optymalnej farmakoterapii, zalety i wady danych leków. Artykuł ma także ułatwić rozpoznawanie zaburzeń lękowych w tej grupie pacjentów w praktyce lekarza rodzinnego. Zaburzenia lękowe u kobiet są dość często 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 tej dokonano przeglądu wybranych pozycji z literatury i zaleceń terapeutycznych u kobiet cierpiących na zaburzenia lękowe przed zajściem w ciążę oraz w jej trakcie. Zaburzenia psychiczne w ciąży są często przyczyną zaniedbywania opieki przedporodowej. Wiąże się to ze zwiększonym ryzykiem powikłań okołoi poporodowych. O ile jest to możliwe u pacjentek z zaburzeniami lękowymi, należałoby przed zajściem w ciążę zdecydować o wyborze optymalnej metody leczenia tych zaburzeń. Farmakoterapia, w zależności od preparatu, może wywierać działanie szkodliwe na płód, zwłaszcza przy jej stosowaniu w pierwszym trymestrze ciąży. Z kolei pozostawienie pacjentki bez leczenia może okazać się niebezpieczne, gdyż nieleczone zaburzenia lękowe mogą wywierać negatywny wpływ na ciążę, zwiększać liczbę poronień oraz porodów przedwczesnych. W leczeniu zaburzeń lęgowych można stosować psychoterapię (terapię poznawczo-behawioralną, CBT), farmakoterapię bądź leczenie skojarzone. Osiągnięcie pozytywnych i długoterminowych skutków psychoterapii często jest możliwe dopiero po znacznym zmniejszeniu odczuwanego lęku, związanych z nim objawów wegetatywnych i czuciowo-ruchowych, w czym pomagają farmakoterapia. W przypadku pacjentki z zaburzeniami lękowymi i przebyłym poronieniem/poronieniami wskazana byłaby możliwie szybka (1–2 tygodnie po poronieniu) konsultacja (psychiatry lub psychologa), tak aby pacjentka mogła opisać swoje doświadczenia i razem ze specjalistą podjąć odpowiednie działania w przyszłości. Okresowo zastosowaną farmakoterapię można próbować odstawić, zalecając jednocześnie uczestniczenie w zajęciach CBT. Wielu autorów wskazuje na dużą rolę działań mających na celu zmniejszenie lęku w czasie ciąży i po jej ukończeniu.

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

(*Probl Med Rodz* 2014;3(43):52–57)

Wstęp

Ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych przynajmniej raz w ciągu życia danego człowieka jest dość 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.

Kobiety często nie zgłaszają swoich dolegliwości psychicznych i istnieje ryzyko podejmowania przez nie prób samoleczenia alkoholem, parafarmaceutykami lub ograniczaniem codziennej aktywności^{4,7}. W praktyce lekarza rodzinnego ważne miejsce zajmuje ocena stanu psychicznego oraz podejmowanie działań profilaktycznych.

Na profilaktykę zaburzeń lękowych u kobiet w okresie rozrodczym oraz w ciąży składają się:

- Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, poprawa sytuacji socjalnej i ekonomicznej, co przyczynia się do poprawy samooceny, zmniejsza poczucie odrzucenia i lęku.
- Regularna aktywność fizyczna: wywiera wiele korzystnych efektów somatycznych wpływających na dobrostan matki i płodu poprzez m.in.: zmniejszenie masy ciała ciężarnej w przypadku nadwagi lub otyłości, poprawę gospodarki lipidowo-węglowodanowej, normalizację wartości ciśnienia tętniczego krwi ciężarnej, zwiększenie ogólnej wytrzymałości. Wykonywany podczas niepowikłanej ciąży regularny wysiłek fizyczny zmniejsza ból porodowy, skraca czas porodu, zmniejsza liczbę porodów drogą cięcia cesarskiego. Znane są też liczne korzystne efekty wysiłku fizycznego na zdrowie psychiczne, poprzez zmniejszenie poziomu stresu i lęku, polepszenie kontroli nad lękiem, poprawę nastroju i samooceny oraz jakości snu⁸⁻¹⁰. Podejmowanie aktywności fizycznej warto zalecać każdej kobiecie planującej ciążę lub ciężarnej. Wskazana jest lekka lub umiarkowana aerobowa aktywność fizyczna: spacer, aerobik⁹⁻¹¹. W I trymestrze ciąży jest to wysiłek o umiarkowanej intensywności, trwający co najmniej 30 minut każdego dnia (w zależności od samopoczucia, ogólnej wydolności fizycznej przed ciążą oraz współistniejących chorób przewlekłych). Należy unikać, zwłaszcza w III trymestrze, intensywnych ćwiczeń siłowych zwiększających ciśnienie w jamie brzusznej (próby Valsalvy).
- Odpowiednia dbałość o efektywny odpoczynek, higienę snu^{8,9,11}.
- Zapewnienie wsparcia, wyjaśnienie istoty i mechanizmów zaburzeń lękowych, psychoedukacja, pomoc w rozpoznawaniu potencjalnych sytuacji lękotwórczych, nauka odpowiednich reakcji oraz nawyków zachowań^{1,4,8,11,12}.
- Indywidualne techniki i treningi relaksacyjne, masaże, ćwiczenia oddechowe, biofeedback, psychoterapia poznawcza, grupowa, ekspozycyjna, behawioralna. Joga, medytacja czy muzykoterapia również mogą zostać wykorzystane w terapii przeciwłkowej^{1,2,8,9,11,12}. Ważną rolę odgrywa zastosowanie psychoterapii jako podstawowej metody leczenia, przy tym bezpiecznej i mającej wymiar długofalowy. Podkreśla się porównywalną do leczenia farmakologicznego skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (CBT – *cognitive behavioral therapy*) w leczeniu zaburzeń lękowych⁴. Dodatkowo pomocne może być uczestniczenie w grupach wsparcia dla osób cierpiących na zaburzenia lękowe czy zajęcia w szkołach rodzenia, gdzie główny nacisk kładzie się na edukację pacjentek odnośnie do przebiegu porodu, wyjaśnia rolę poszczególnych członków personelu medycznego na bloku porodowym, udziela praktycznych wskazówek, uczy ćwiczeń relaksacyjnych i oddechowych. Ma to na celu zmniejszenie lęku, polepszenie kontroli nad nim oraz skrócenie II okresu porodu^{11,13}. Często w tych zajęciach uczestniczą partnerzy kobiet ciężarnych, przez co wzmacnia się ich poczucie bezpieczeństwa i odczucie wsparcia. Można podjąć próby zorganizowania grup terapeutycznych, w których uczestniczyłyby kobiety z obciążonym wywiadem położniczym^{14,15}.
- Zmiana nawyków żywieniowych i stylu życia: zakaz przyjmowania substancji pobudzających (kofeiny, nikotyny, kokainy, amfetaminy i jej pochodnych oraz alkoholu), zmniejszenie spożycia soli kuchennej i cukrów prostych oraz zwiększenie ilości spożywanych nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 (dla kobiet ciężarnych i karmiących piersią dzienne ich spożycie powinno wynosić ≥ 200 mg; są to 1–2 porcje tłustej ryby morskiej na tydzień lub kwasy omega-3 pochodzenia roślinnego w postaci suplementu diety). Kwasy omega-3 wykazują działanie przeciwzapalne, stabilizujące błony komórkowe neuronów, przeciwdepresyjne, prawdopodobnie również przeciwpsychotyczne, brak jest danych odnośnie do ich działania przeciwłkowego. Wpływają w wielokierunkowym mechanizmie na zmniejszenie ilości porodów przedwczesnych^{9,11,15,16}.

- W przypadku konieczności zastosowania farmakoterapii obowiązuje przestrzeganie następujących zaleceń^{8,17}:
 - preferowanie monoterapii,
 - unikanie stosowania leków psychotropowych w I trymestrze ciąży,
 - unikanie leków przeciwwskazanych oraz stosowanie najmniejszych skutecznych dawek.

Farmakoterapia

Trzeba brać pod uwagę ryzyko nasilenia lęku z powodu przerwania leczenia. Negatywne konsekwencje przerwanej terapii mogą być większe niż te, które wynikałyby z zastosowania konkretnego leku^{8,18,19}. Zaburzenia lękowe mogą podwyższać ryzyko komplikacji położniczych, a leczenie farmakologiczne może powodować określone działania niepożądane. Zatem ważne jest stałe monitorowanie ciąży i zapewnienie ciężarnej dostępu do regularnych badań oceniających rozwój płodu, np. ultrasonografii.

Ryzyko samoistnych wad wrodzonych szacuje się na ok. 2–3%. W przypadku zastosowania leków psychotropowych podczas ciąży dochodzi do wzrostu odsetka tych nieprawidłowości do około 5%. Można tłumaczyć ten fakt nie tylko zastosowanym leczeniem, ale istnieniem choroby podstawowej. Leki przeciwłękowe bezwzględnie przeciwwskazane do stosowania podczas ciąży to te, które mają potwierdzone działanie teratogenne (np. benzodiazepiny, paroksetyna). Ekspozycja płodu na ich toksyczne działanie w I trymestrze może się wiązać z powstaniem wad wrodzonych, w II trymestrze może powodować uszkodzenia układu nerwowego – zaburzenie migracji neuronów i tworzenia synaps, dojrzewania okolic skroniowych mózgu, a w III trymestrze powodować zatrucie i wystąpienie objawów odstawiennych u noworodka po porodzie (np. benzodiazepiny mogą powodować zaburzenia oddychania, hipotonię i hipotermię – tzw. zespół dziecka wiotkiego, „floppy infant syndrome”, a trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne – TPD – pobudzenie, drażliwość, drgawki)^{18,20,21}. Skutki zastosowania leków psychotropowych u ciężarnych ocenia się na podstawie wieloletniej obserwacji, doświadczenia klinicznego oraz danych retrospektywnych. Ze względów etycznych nie przeprowadza się badań kontrolowanych w tej grupie pacjentek¹⁸.

Benzodiazepiny (BDZ) wykorzystywane w terapii zaburzeń lękowych, średnio długo działające: **Oksazepam** (np. Oksazepam TZF, Oxazepam GSK), **Alprazolam** (np. Xanax, Zomiren), **Lorazepam** (Lorafen) oraz długo dzia-

łające: **Diazepam** (np. Relanium), **Klonazepam** (np. Clonazepamum TZF)³ – nie powinny być stosowane w ciąży, zaliczane są do kat. D/X wg FDA. W przypadku leczenia tymi preparatami i potwierdzenia ciąży należy je stopniowo odstawić, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia objawów odstawiennych u ciężarnej^{3,8,20}.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD): W większości badań nie wykazano negatywnego ich wpływu na rozwój płodu^{18,22}. Gros z nich jest zaliczane do kat. C. W terapii przeciwłękowej najczęściej stosowane są: **Klomipramina** (np. Anafranil, Anafranil SR) – początkowo 10 mg/d, stopniowe zwiększanie dawki do 25–100 mg/d i stopniowe odstawienie do 7. tygodnia przed porodem; **Imipramina** (obecnie brak preparatu na polskim rynku); **Doksepina** (np. Doxepin) – 30–300 mg/d w 3 dawkach podzielonych; **Opipramol** (np. Pramolan, Sympramol) – w dawkach podzielonych, łącznie do 150–200 mg/d, z większą dawką przed snem, zalecany średni czas leczenia to 1–2 miesiące, nie należy nagle odstawiać leku, gdyż może to powodować bezsenność, bóle głowy, nudności i wymioty. Opipramol wykazuje działanie przeciwłękowe, niewielkie przeciwdepresyjne, uspokajające, nasenne; charakteryzuje się dobrą tolerancją, nie powoduje uzależnienia²³.

Czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne: Maprotylina (Ludiomil) – w dawce 25 mg 1–3/d lub w jednej dawce 75 mg/d wieczorem, należy odstawiać co najmniej 7 tygodni przed oczekiwanym terminem porodu, należy do kat. B; **Mianseryna** (np. Lerivon, Miansegen) – w dawce 10–60 mg/d jednorazowo przed snem lub podzielonej, ma działanie przeciwdepresyjne i przeciwłękowe, poprawia jakość snu, kat. B; **Mirtazapina** (np. Mirzaten, Mirtor, Mirtagen) – w dawce 15–45 mg/d najlepiej wieczorem, oprócz działania przeciwdepresyjnego i przeciwłękowego wywołuje sedację, senność, kat. C; **Trazodon** (Trittico CR) – dawki 75–150 mg/d jednorazowo przed snem, korzystnie wpływa na nastrój, działa przeciwłękowo i przywraca fizjologiczny rytm snu, kat. C.

Odwracalne inhibitory monoaminooksydazy A: Moklobenid (np. Aurorix, Mobemid) – w dawce 150–450 mg/d, poprawia aktywność psychomotoryczną, nastrój, jakość snu, koncentrację, łagodzi objawy związane z fobią społeczną. Jednak jego stosowanie wymaga ograniczeń dietetycznych, może bowiem powodować nadwrażliwość na tyraminę i wystąpienie objawów zespołu serotoninowego. Pacjentom zaleca się unikanie jedzenia dużych ilości bogatych w nią potraw (czekolada, wędzone mięso i ryby, ser żółty, przetwory soi, wyciąg z drożdży). Moklobenid wchodzi w interak-

cje m.in. z niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi i cymetydyną, zwiększa ryzyko przełomu nadciśnieniowego, kat. B.

SSRI (serotonin reuptake inhibitors): Szacuje się, że około 3% ciężarnych stosuje leki tej grupy w okresie poprzedzającym ciążę lub w początkowym jej okresie z powodu zaburzeń depresyjnych lub lękowych. Według niektórych źródeł, gdy leki te są stosowane podczas całej ciąży, ryzyko powstania wad wrodzonych nie przekracza 1%. Wydaje się więc, że ich stosowanie jest dość bezpieczne^{24,25}. Należy jednak pamiętać, że SSRI łatwo przenikają przez barierę łożyskową oraz hamują syntezę naczyniorozkurczowego tlenu azotu (NO), a SNRI (inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, *serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors*) ze względu na nasilenie przekazywania noradrenergicznego (NA) mogą zwiększać wartości ciśnienia rozkurczowego.

Najczęstszymi powikłaniami stałego przyjmowania SSRI w ciąży są:

- nadciśnienie tętnicze,
- stan przedzrzucaukowy,
- poronienie,
- poród przedwczesny,
- zmniejszenie masy urodzeniowej dziecka średnio o 175 g.

Jeśli u ciężarnej przyjmującej leki z grupy SSRI dojdzie do rozwoju nadciśnienia tętniczego lub stanu przedzrzucaukowego, można z dużym prawdopodobieństwem powiedzieć, że odstawienie leku nie wystarczy do normalizacji ciśnienia tętniczego^{24,26}. Niektóre badania mówią, że możliwy jest wzrost ryzyka rozwoju utrwalonego nadciśnienia płucnego (*persistent pulmonary hypertension* – PPHN) u noworodków, które były poddane działaniu SSRI w późniejszym okresie ciąży^{8,22,25}. W innych badaniach tego nie potwierdzono²⁵. Po zastosowaniu SSRI może dojść u noworodka do przemijających objawów niepożądanych: hipoglikemii, hipotermii, zaburzeń oddychania czy drażliwości^{25,27}. Jedno z badań wykazało, że SSRI zastosowane w ciąży nie powodowały negatywnych konsekwencji u dzieci matek je przyjmujących, w zakresie inteligencji, rozwoju mowy, zachowania, zdolności poznawczych, koncentracji uwagi czy zachowań społecznych²⁶. SSRI są obecnie uznawane za leki z wyboru w leczeniu zaburzeń lękowych u ciężarnych, ze względu na dobrą tolerancję, stosunkowo małą ilość działań niepożądanych (zwykle ustępujących w ciągu pierwszych 2 tygodni leczenia), niewielkie działanie antycholinergiczne oraz

dużą skuteczność terapii, mimo że nie można całkowicie wykluczyć ich teratogennego działania^{3,4,7,18}. Większość ekspertów dopuszcza stosowanie SSRI w czasie ciąży i laktacji⁷. Biorąc pod uwagę możliwość istnienia ryzyka dla prawidłowego rozwoju płodu oraz obawy kobiet o stosowanie jakiegokolwiek formy leczenia farmakologicznego w ciąży, zaleca się podjęcie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w pierwszym etapie leczenia^{7,8}. Większość leków z grupy SSRI jest warunkowo dopuszczona do stosowania w czasie ciąży (grupa B/C wg FDA), z zastrzeżeniem ewentualnej przerwy w leczeniu w czasie organogenezy i powrotu do leczenia w II oraz III trymestrze.

Do kategorii C należą następujące SSRI:

Citalopram (np. Cital, Aurex, Citabax) – stosuje się w dawkach 10, 20, 40 mg/d,

Escitalopram (np. Lexapro, Elicea, Mozarin) – w dawkach 5, 10, 20 mg/d,

Fluoksetyna (np. Seronil, Fluoksetyna Egis, Bioxetin) – w dawkach 10, 20 mg/d,

Fluwoksamina (Fevarin) – w dawkach 50, 100 mg/d,
Sertralina (np. Zoloft, Asentra, Zotral) – w dawkach 50, 100 mg/d

oraz przedstawiciele SNRI:

Duloksetyna (Cymbalta) – w dawkach 30, 60, max. 120 mg/d,

Wenlafaksyna (np. Efectin ER, Velafax, Oriven) – w dawkach 37,5, 75, 150 mg/d.

Wyjątek stanowi **Paroksetyna** (np. Rexetin, Paro-Gen, Paxtin 20, 40) – w dawkach 20, 40 mg/d, która, jak wykazano w ostatnich badaniach, może uszkadzać układ sercowo-naczyniowy płodu (najczęściej powodowanie ubytku w przegrodzie międzykomorowej) i została wpisana obok **Reboxetyny** (np. Edronax) do grupy D, leków wysokiego ryzyka dla płodu i obecnie jest przeciwwskazana w leczeniu ciężarnych^{18,19,25}.

SSRI stosuje się jako leki pierwszego rzutu w zaburzeniach lękowych, szczególnie w zaburzeniach lękowych z napadami lęku i agorafobii, ale również w pozostałych typach zaburzeń, takich jak: zaburzenie lękowe uogólnione (GAD), zespół lęku społecznego (*social anxiety disorder* – SAD), zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD). Najlepiej przebadanym lekiem z grupy SSRI jest Fluoksetyna i na jej temat istnieje najwięcej publikacji. W kilku badaniach nie wykazano, aby jej stosowanie w ciąży było związane ze znacznym wzrostem występowania dużych malformacji u płodu czy poronień^{8,25}. Jednak generalnie

przyjmuje się, że jej zastosowanie w I trymestrze może przyczynić się do wystąpienia poronienia¹⁸. Od 2000 r. opublikowano kilka badań, z których wynika, że SSRI nie zwiększają ryzyka malformacji u płodu. Według innych badań najnowsze antydepresanty mogą zwiększać ryzyko wystąpienia poronienia²⁵. W 6 badaniach na dużych grupach kobiet, w których prawie połowa badanych zażywała antydepresanty w czasie ciąży, wskaźnik poronień wynosił 12,4% w grupie kobiet zażywających leki w porównaniu z 8,7% u tych, które ich nie stosowały. W badaniach tych koncentrowano się głównie na poronieniach późnych^{22,26}.

Leki o innym mechanizmie działania wykorzystywane w terapii anksjolitycznej:

Prometazyna (np. Diphergan) – lek antyhistaminowy, cholinolityczny, uspokajające działanie wykazuje w dawce jednorazowej 25–50 mg, stosowany również w przypadku nieustępujących wymiotów ciężarnych, kat. C.

Hydroxyzyna (np. Hydroxyzinum VP, Atarax) – 25–50 mg/d w dawkach podzielonych, wykazuje działanie uspokajające, przeciwlękowe, przeciwhistaminowe, przeciwacholinergiczne, przeciwwymiotne oraz spazmolityczne, jest przeciwwskazana w czasie ciąży i laktacji, kat. D/X.

Buspiron (Spamilan) – 15–40 mg/d, w 2–3 dawkach podzielonych, nie powoduje nadmiernej sedacji, zmniejszenia sprawności psychoruchowej czy objawów abstynencyjnych, kat. B.

Propranolol (Propranolol WZF) – nieselektywny B-bloker; w dawce 20–60 mg/d, skuteczny zwłaszcza w przypadku nasilonych objawów somatycznych: tachykardii, tachypnoe, drżenia mięśniowego, kat. B/C.

Leki przeciwpadaczkowe – mało jest doniesień na temat bezpiecznego stosowania leków przeciwdrgawkowych nowej generacji w terapii przeciwlękowej w ciąży, zatem trzeba zachować znaczną ostrożność w ich ewentualnym zastosowaniu. W terapii przeciwlękowej u kobiet niebędących w ciąży czasami stosuje się następujące leki: Gabapentynę (np. Symleptic, Neurontin) – strukturalnie podobna do kwasu gamma-aminomasłowego, dawka początkowa 300–600 mg/d, ma ograniczone dowody skuteczności w SAD, kat. C; Pregabalinę (np. Lyrica) – pochodna kwasu gamma-aminomasłowego (GABA), łącznie 150–600 mg/d w 2–3 dawkach podzielonych w leczeniu GAD; Lamotryginę (np. Lamotrix, Trogine) – bloker kanałów sodowych, dawka min. 25 mg/d, kat. C.

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.

Pytania:

1. Lekami pierwszego wyboru w leczeniu zaburzeń lękowych u kobiet ciężarnych są:

- a. inhibitory MAO
- b. benzodiazepiny
- c. selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny – SSRI lub selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i adrenaliny – SNRI
- d. trójcykliczne leki przeciwdepresyjne – TLPD
- e. w ciąży przeciwwskazane są wszystkie wyżej wymienione grupy leków.

2. W przypadku przeciwwskazań do leczenia farmakologicznego i/lub nasilonych działań niepożądanych leków psychotropowych, kobietom w okresie rozrodczym lub w ciąży można zalecać w terapii zaburzeń lękowych:

- a. indywidualne treningi relaksacyjne
- b. terapię poznawczo-behawioralną (CBT)
- c. zmianę nawyków żywieniowych i stylu życia
- d. ćwiczenia oddechowe
- e. wszystkie wymienione.

3. Przeciwwskazane do leczenia zaburzeń lękowych u kobiet ciężarnych są następujące zestawy leków:

- a. fluoksetyna, mianseryna, buspiron
- b. alprazolam, paroksetyna, reboksetyna
- c. maprotylina, sertralina, buspiron
- d. escitalopram, klomipramina, duloksetyna
- e. buspiron, citalopram, wenlafaksyna.

Odpowiedzi:

1. c
2. e
3. b

References:

1. Koszewska I, Świącicki Ł. Nie bój się leku. 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. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. Women's Health Issues 2001;12,1 Jan/feb.
8. Hanley J, Sidorowicz S (red.). Zaburzenia psychiczne w ciąży i połogu, wyd. I. Urban & Partner, 2009, 22–25, 29–34, 39, 69, 93, 99–100, 150, 158–159, 191.
9. Bourne E, Andruszko R. (przekł.). Lęk i fobie. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Wyd. UJ, 2011.
10. Górski J., Fiziologia wysiłku i treningu fizycznego. PZWL, 2011, rozdz. 3, 122–139.
11. Bemis J, Barrada A. Pokonać lęki i fobie. Jak radzić sobie z niepokojem i napadami paniki? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.
12. Bilikiewicz A (red.). Zaburzenia lękowe [w:] Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, wyd. III, 2007, 349–369.
13. 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.
14. 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.
15. Lachelin GCL. Emocjonalne skutki poronienia [w:] Poronienia. Medycyna. Fakty, Prószyński i S-ka: Warszawa, 1998, rozdz. 5, 36–42, 81, 83–85.
16. Koletzko B., Univ. of Munich Medical Centre, Munchen, Germany, Preventive effects of perinatal omega-3 fatty acids, 2008.
17. 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.
18. Bazire S. Psychotropic Drug Directory, 2009, 259–276.
19. Maudsley, Przewodnik psychofarmakoterapii, wyd. II pol. Via Medica, 2008, 343, 742–745.
20. Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J. (red.). Psychiatria. Tom III. Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne. Urban & Partner, 2003, 59–103, 137–151, 336–338.
21. Łoza B. Zdrowie psychiczne kobiet: problemy i terapia, prezentacja multimedialna. Klinika Psychiatrii WUM, 2012.
22. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:403–413.
23. Patejuk-Mazurek I. Opipramol – znany lek, szerokie możliwości stosowania. Opipramol – a known drug with wide indications for its use. Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny. Review of Clinical Neuropsychiatry, Reprint 2011;3,2:1–8.
24. Robinson D S. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych u kobiet w ciąży: aktualizacja, konsultant Worldwide Drug Development, Burlington, Vermont. Psychiatria po Dyplomie 2009;6,5.
25. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. J Affect Disord 2009;117:26–43.
26. Hackley B. Antidepressant Medication use in pregnancy. CNM, MSN. J Midwifery & Women's Health 2010 March/Apr;55,2; <www.jmwh.org.>
27. Andrade SE, Raebel MA, Brown J, Lane K, Livingston J, Boudreau D, Rolnick SJ, Roblin D, Smith DH, Willy ME, Staffa JA, Platt R. Use of antidepressant medications during pregnancy: a multisite study. Am J Obstet Gynecol 2008 Feb.