









## Leczenie zaburzeń afektywnych jednobiegunowych u kobiet w ciąży – korzyści i ryzyko

### Treatment of unipolar affective disorders in pregnant women – benefits and risks

Julia Pałuchowska<sup>1</sup> , Anna Szymkowicz<sup>1</sup> , Sara M. Rosołowska-Żak<sup>2</sup> , Maria Sambura<sup>2</sup> , Patrycja Paschke<sup>3</sup> ,  
Igor P. Miczek<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie / Health Care Team in Nysa, Poland

<sup>2</sup>Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu / St. Barbara Provincial Specialist Hospital No. 5 in Sosnowiec, Poland

<sup>3</sup>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Sierżanta Grzegorza Załogi w Katowicach / Sergeant Grzegorz Załoga Independent Public Health Care Institute of the Ministry of Internal Affairs and Administration in Katowice, Poland

#### STRESZCZENIE

Zaburzenia psychiczne są coraz częstszą jednostką chorobową w społeczeństwie na całym świecie, w znacznym stopniu dotyczą również kobiety w ciąży. Według najnowszych badań na depresję cierpi w Polsce 1,5 mln osób i aż 350 mln ludzi na świecie. Ustalono również, że problem dotyczy aż 10,5% kobiet w całej Europie. Zwiększone ryzyko zachorowania na zaburzenia afektywne odnotowuje się w grupie wiekowej między 18 a 44 rokiem życia, czyli populacji kobiet w wieku rozrodczym. Środowisko medyczne stoi przed dylematem wdrożenia leczenia, które zapewni bezpieczeństwo dziecka podczas przyjmowania leków, a także bierze pod uwagę konsekwencje przerwania leczenia związane z efektem odstawienia substancji psychotropowych i możliwością nawrotu objawów chorobowych u kobiet. Celem pracy był przegląd i podsumowanie metod leczenia zaburzeń depresyjnych u kobiet w ciąży, jak również ocena korzyści i ryzyka związanych z podjęciem różnych terapii leczniczych.

Dokonano przeglądu publikacji naukowych opublikowanych w językach angielskim i polskim w bazach PubMed i Google Scholar. Posłużono się takimi słowami kluczowymi jak „depression” oraz „pregnancy”.

Leczenie zaburzeń depresyjnych u kobiet w ciąży jest nadal tematem spornym i wymaga indywidualnego podejścia do każdej pacjentki. W trakcie terapii należy rozważyć ewentualne korzyści wynikające z leczenia farmakologicznego, które niesie za sobą ryzyko powikłań u płodu, oraz wybór mniej inwazyjnych metod nefarmakologicznych. Proces diagnostyczny i wybór dalszego postępowania powinny również obejmować potencjalne ryzyko związane z nieleczeniem choroby afektywnej jednobiegunowej u ciężarnych.

#### KEYWORDS

depresja, ciąża, zaburzenia afektywne

Received: 25.04.2024

Revised: 03.05.2024

Accepted: 03.05.2024

Published online: 30.08.2024

Address for correspondence: Julia Pałuchowska, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie, ul. Bohaterów Warszawy 23, 48-300 Nysa, tel. +48 781 935 091, e-mail: julia.paluchowska@o2.pl



This is an open access article made available under the terms of the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0) license, which defines the rules for its use. It is allowed to copy, alter, distribute and present the work for any purpose, even commercially, provided that appropriate credit is given to the author and that the user indicates whether the publication has been modified, and when processing or creating based on the work, you must share your work under the same license as the original. The full terms of this license are available at <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>.

Publisher: Medical University of Silesia, Katowice, Poland

**ABSTRACT**

Mental disorders are becoming an increasingly common health condition in society worldwide, significantly affecting pregnant women as well. According to the latest research, 1.5 million people in Poland and as many as 350 million people worldwide suffer from depression. It has also been established that the problem affects as much as 10.5% of women across Europe. An increased risk of developing affective disorders is noted in the age group between 18 and 44 years, which is the population of women of reproductive age. The medical community faces the dilemma of implementing treatment that ensures the safety of the child during medication intake, while also considering the consequences of discontinuing treatment related to withdrawal effects of psychotropic substances and the potential for relapse of symptoms in women. The aim of the study was to review and summarize methods of treating depressive disorders in pregnant women, as well as to assess the benefits and risks associated with undertaking various therapeutic treatments.

A review of scientific publications published in English and Polish was conducted using the PubMed and Google Scholar databases. Keywords such as “depression” and “pregnancy” were used.

The treatment of depressive disorders in pregnant women remains a controversial topic and requires an individualized approach to each patient. During therapy, the potential benefits of pharmacological treatment, which carries the risk of complications for the fetus, and the choice of less invasive non-pharmacological methods should be considered. The diagnostic process and choice of further management should also include the potential risks associated with not treating unipolar affective disorder in pregnant women.

**SŁOWA KLUCZOWE**

depression, pregnancy, mental disorders

**WSTĘP**

Wyzwania związane z zaburzeniami nastroju oraz innymi problemami psychicznymi dotyczącymi ciąży i porodu znane są od dawna [1]. Współczesne doniesienia wskazują, że 80% kobiet doświadcza fluktuacji nastroju, będąc w ciąży i po porodzie, a zachorowalność na depresję u kobiet jest o 50% wyższa niż u mężczyzn. Kobiety cierpią na depresję po porodzie dużo częściej niż w trakcie ciąży, ale depresja w ciąży najczęściej powikłana jest depresją poporodową. Zespół napięcia przedmiesiączkowego, trudności z zajściem w ciążę, zaburzenia depresyjne powiązane z ciążą i porodem, zaburzenia emocjonalne w okresie menopauzy, a także depresja jako powikłanie po utracie dziecka (poronienie) utrudniają życie kobiety od momentu pojawienia się pierwszego krwawienia menstruacyjnego aż do menopauzy. Czynniki determinujące występowanie tych zaburzeń są na tyle uniwersalne, że narodowość, tradycje, kultura czy stan cywilny kobiety nie mają większego znaczenia [2,3]. Występowanie okołoporodowych zaburzeń emocjonalnych prezentuje się w sposób następujący: przynębienie poporodowe dotyka 50–85% matek, depresja w ciąży pojawia się u 25–35%, depresja połogowa u 10–20% oraz psychoza u 0,1–0,2% [3]. Istnieją również doniesienia naukowe, które wskazują, że u 12–15% kobiet pojawia się depresja poporodowa. Kobiety ciężarne oraz młode mamy, nie mogąc samodzielnie poradzić sobie z problemami, coraz częściej szukają pomocy. Korzystają z wizyt u psychologów lub psychiatrów i rozpoczynają psychoterapię. Przebieg depresji w trakcie całej ciąży nie jest jednakowy. W pierwszym trymestrze obserwuje się nasilenie

objawów, które następnie ustępują, by znów ulec nasileniu w trymestrze trzecim. Około 80% kobiet w okresie okołoporodowym doświadcza wahań nastroju, lecz tylko niewielki procent z nich spełnia kryteria zaburzenia afektywnego według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV). Z badań wynika również, że istotna grupa kobiet (około 25–35%) doświadcza w trakcie ciąży obniżenia nastroju, ale kryteria diagnozy depresji, zarówno małej, jak i dużej, zgodnie z DSM-IV można uznać za spełnione zaledwie u 20% z nich [3,4].

**OMÓWIENIE****Diagnostyka depresji**

Według wytycznych opracowanych w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) podstawowym kryterium rozpoznania choroby afektywnej jednobiegunowej jest zaburzenie nastroju, które charakteryzuje się ogólnym obniżeniem nastroju oraz percepcji emocjonalnej. Nie jest to jednak stan przejściowy, który towarzyszy konkretnemu, przykremu wydarzeniu, lecz stan trwały, utrzymujący się wiele tygodni. Kolejnym aspektem w diagnostyce tego zaburzenia jest niemożność cieszenia się życiem i sprawami, które kiedyś dawały choremu poczucie radości. U chorych obserwuje się również uczucie wyczerpania, ciągłe zmęczenie i przewlekłą utratę energii do podejmowania codziennych czynności. Pacjenci wykazują zaburzenia toku



i treści myślenia oraz tendencje samobójcze. Cierpią również na zaburzenia snu, zaburzenia ruchowe oraz zaburzenia łaknienia. Osoby cierpiące na depresję nie mają nadziei na lepszą przyszłość, wykazują niską samoocenę, a ich myślenie generuje obraz depresyjnego świata [5].

### **Korzyści i ryzyko leczenia choroby afektywnej jednobiegunowej u kobiet w ciąży**

Nieprawidłowe postępowanie w trakcie leczenia depresji może mieć negatywne skutki zarówno dla matki, jak i dla dziecka. W przypadku długotrwałego leczenia przeciwdepresyjnego nagłe odstawienie leków może przyczynić się do wystąpienia zespołu odstawienia, który charakteryzuje się obniżeniem nastroju, hipomanią, niepokojem i niemożnością koncentracji [6]. W wyniku tego matki mogą wykazywać zmniejszone zaangażowanie w przebieg ciąży i wykonywać mniejszą liczbę badań prenatalnych, może u nich występować zmniejszony przyrost masy ciała oraz zwiększone ryzyko przedwczesnego porodu. Badania wykazały również, że zmiany nastroju, stres i zaburzenia psychiczne mogą się przyczyniać do zmniejszonej masy urodzeniowej dziecka, mniejszego obwodu głowy po urodzeniu i obniżonej punktacji w skali Apgar [7].

### **Mechanizm działania leków przeciwdepresyjnych**

Leczenie farmakologiczne depresji opiera się głównie na zahamowaniu rozkładu neuroprzekaźników poprzez blokowanie różnych receptorów oraz enzymów, jak również zwiększaniu w przestrzeni synaptycznej stężeń samych neurotransmiterów (serotoniny, noradrenaliny, adrenaliny, dopaminy) odpowiedzialnych za poprawę nastroju i ogólnego stanu psychicznego [8,9]. Wśród leków najbezpieczniejszych dla kobiet ciężarnych znalazły się trójcykliczne (trójpierścieniowe) leki przeciwdepresyjne (TLPD) [10]. Pod postacią imipraminy, klomipraminy czy amitryptyliny nie tylko redukują objawy depresyjne, ale też wykazują działanie antycholinergiczne oraz antyadrenergiczne, blokując odpowiednie receptory [8]. Alternatywnie, z uwagi na znikome działanie cholinolityczne, lekarze często sięgali też po metabolit ustrojowy imipraminy – dezypraminę [11].

Do blokowania receptorów serotoninowych dochodzi podczas stosowania selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI), wśród których wyróżnia się fluoksetynę (najczęściej stosowana), sertralinę, fluwoksaminę i citalopram. Zależnie od rodzaju leki z tej grupy różnorodnie hamują poszczególne izoenzymy cytochromu P450 [8].

Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* – SNRI) – wenlafaksyna i duloksetyna –

uniemożliwiają neuroprzebieżność zarówno serotoniny, jak i noradrenaliny, co poszerza zakres ich działania. Dodatkowo pozbawione są powinowactwa do receptorów histaminowych, cholinergicznym czy adrenergicznym, dlatego nie działają uspokajająco ani przeciwocholinergicznym [8,12].

Benzodiazepiny (BDZ), np. alprazolam, diazepam, klonazepam, lorazepam czy midazolam, działają poprzez nasilenie hamującego wpływu kwasu gamma-aminomasłowego (*gamma-aminobutyric acid* – GABA), który jest głównym neuroprzekaźnikiem o działaniu hamującym w ośrodkowym układzie nerwowym [13]. Dodatkowo wykazują nieselektywną reakcję z różnymi podjednostkami receptorów GABA<sub>A</sub>. Podobny mechanizm działania do BDZ występuje w przypadku tzw. leków „Z” (zolpidem, zopiklon, zaleplon) [14].

Prometazyna, będąca lekiem przeciwhistaminowym, blokuje głównie receptory H<sub>1</sub>. Ponadto wykazuje działanie jako antagonist receptorów dopaminowych, co sprawia, że jest powszechnie stosowana [13].

### **Wpływ poszczególnych leków przeciwdepresyjnych**

Określenie ryzyka stosowania leków przeciwdepresyjnych obejmuje aspekty związane z ciążą oraz laktacją. W przypadku okresu karmienia piersią istnieją dwie klasyfikacje: Hale (zastosowana w niniejszej pracy) oraz American Academy of Pediatricians. Oba systemy przypisują szacunkowy poziom ryzyka związanego z zażywaniem leków, przedstawiony w skali od najniższego do najwyższego. W skali Hale oceny obejmują stopnie L1–L5 (gdzie L1 oznacza najwyższe bezpieczeństwo, L2 – bezpieczne, L3 – umiarkowanie bezpieczne, L4 – prawdopodobnie szkodliwe, L5 – przeciwwskazane) [15,16].

### **Leczenie depresji za pomocą farmakologii – wpływ na rozwój płodu**

#### **SSRI**

Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny są najchętniej stosowaną grupą leków przez psychiatrów u kobiet ciężarnych i uznaje się, że nie powodują znaczącego wzrostu całkowitego ryzyka wystąpienia wad wrodzonych. Przeprowadzono badania obejmujące ponad 15 000 noworodków, trwające niemal 30 lat [17]. Potwierdziły one występowanie pewnych wad wrodzonych u dzieci matek stosujących leki z grupy SSRI, takie jak sertralina (związana z występowaniem defektów przegrody bądź przepukliny pierścienia pępkowego) oraz paroksetyna (związana z upośledzeniem drogi odpływu prawej komory). Jednak ogólne ryzyko związane ze stosowaniem SSRI wydaje się niewielkie. Warto zauważyć, że stosowanie przez matki paroksetyny w porównaniu z innymi lekami z grupy SSRI może wiązać się z większym ryzykiem



dla rozwoju płodu. Badania wskazują na wzrost ryzyka wad serca, szczególnie wad przegrody międzyprzedsionkowej i międzykomorowej, zwłaszcza przy stosowaniu tych leków w pierwszym trymestrze [18,19]. Wykazano również, że SSRI przyjmowane w czasie ciąży zwiększają odsetek przypadków przetrwałego nadciśnienia płucnego u noworodków (*persistent pulmonary hypertension of the newborn* – PPHN) w porównaniu z dziećmi matek, które nie stosowały takich preparatów, jednak 99% noworodków narażonych na SSRI w późnej ciąży nie doświadcza rozwoju PPHN. Stosowanie SSRI w trzecim trymestrze ciąży wiązało się z przetrwałymi powikłaniami u noworodków, takimi jak zwiększone napięcie mięśniowe, drżenia, drażliwość, sen przerywany oraz zaburzenia oddychania. W badaniach stwierdzono również zwiększenie ryzyka stanu przedzucawkowego u kobiet, które w czasie ciąży przyjmowały leki z grupy SSRI [17,18,19]. Istotną informacją jest jednak to, że sama depresja stanowi czynnik ryzyka tego powikłania ciąży. Badania wykazały, że u zdrowych kobiet w ciąży ryzyko stanu przedzucawkowego wynosiło 4,7%, a wśród pacjentek z depresją, które nie stosowały podczas ciąży leczenia przeciwdepresyjnego, oraz tych, które otrzymywały leki z grupy SSRI, ryzyko było większe niż u kobiet zdrowych i wynosiło 5,4% [20]. Udowodniono również, że największe ryzyko stanu przedzucawkowego występowało u ciężarnych przyjmujących leki z grup SNRI i TLPD (8,8 vs. 10,7%) [20]. Mimo wymienionych potencjalnych powikłań leki z grupy SSRI są uznawane za najbezpieczniejszą formę leczenia depresji u kobiet w ciąży [15,21,22,23].

#### TLPD

Przyjmuje się, że w związku z dużym doświadczeniem związanym ze stosowaniem TLPD leki te są najbezpieczniejszym wyborem w leczeniu depresji u kobiet w ciąży. W badaniach opublikowanych przez American Psychiatric Association oraz American College of Obstetricians and Gynecologists nie ustalono związku między przyjmowaniem TLPD w ciąży i rozwojem strukturalnych malformacji u płodu [18]. Udowodniono, że stosowanie leków TLPD i SSRI w ciąży wiąże się z porównywalnym wpływem na płód [11,22]. Stosowanie obu grup leków w trzecim trymestrze ciąży wiązało się z większym ryzykiem wystąpienia zespołu niewydolności oddechowej, zaburzeń metabolicznych, endokrynologicznych, termoregulacyjnych i drgawek u dziecka. W 2010 r. opublikowano natomiast badanie oparte na danych ponad 10 000 pacjentek, które w czasie ciąży stosowały leki z grupy TLPD [24]. Wykazano, że przyjmowanie TLPD w ciąży powoduje u noworodka powikłania porównywalne lub nieznacznie bardziej poważne niż w przypadku stosowania leków z grupy SSRI i innych leków przeciwdepresyjnych. Udowodniono, że przy-

mowanie TLPD skutkowało większym ryzykiem przedwczesnego porodu i niższą masą urodzeniową niż przy SSRI. Stosowanie w ciąży TLPD oraz SSRI wiązało się z częstszym występowaniem hipoglikemii, zaburzeń oddychania i obniżonej punktacji w skali Apgar u noworodków. Zaobserwowano również zwiększony odsetek występowania żółtaczki u dzieci matek leczonych TLPD i innymi lekami przeciwdepresyjnymi, z wyłączeniem SSRI. W trakcie badań prowadzonych przez japońskich badaczy udowodniono, że przyjmowanie klomipraminy wiąże się z największą liczbą skutków ubocznych u noworodków, takich jak wydłużenia odcinka QTc w EKG i częstoskurcz wielopostaciowy (*torsades de pointes*) [19]. W związku z tym istnieją przypuszczenia, że stosowanie właśnie tego leku z całej grupy TLPD przyczynia się do największego ryzyka powstania wrodzonych wad układu sercowo-naczyniowego [14,15,19,22]. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, choć opisywane jako stosunkowo bezpieczne, wiążą się z niektórymi problemami w okresie prenatalnym. Wykazano istotne zwiększenie ryzyka przedwczesnego porodu u kobiet stosujących TLPD (11%) w porównaniu z tymi, które przyjmowały SSRI (9,9%) lub nie stosowały żadnych leków przeciwdepresyjnych (6,6%) [25]. Zauważono również podwyższone ryzyko występowania innych powikłań, takich jak zespół ostrych zaburzeń oddechowych, problemy z regulacją temperatury ciała, drgawki, zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne [26].

#### SNRI

Analogicznie do innych grup leków blokujących wychwyt zwrotny serotoniny (SSRI lub SNRI), użycie wenlafaksyny (zaklasyfikowanej jako L3 według skali Hale) w okresie ciąży lub przed samym porodem może być powikłane noworodkowym zespołem odstawiennym [11,27]. Zdarzało się, że dzieci, których matki przyjmowały wenlafaksynę w ciąży, doświadczały poważnych powikłań pod postacią zespołu słabej adaptacji noworodkowej, niskiej masy urodzeniowej czy przetrwałego nadciśnienia płucnego [28].

#### Leki uspokajające i nasenne

Jedną z głównych grup leków mających działanie uspokajające i nasenne są benzodiazepiny. Niestety badania potwierdzają, że ich stosowanie jest całkowicie zakazane u kobiet w ciąży [29]. W pierwszym trymestrze ciąży zwiększają ryzyko rozszczepu wargi i podniebienia, a w trzecim trymestrze przyczyniają się do objawów odstawiennych u noworodka lub mogą powodować zespół wiotkiego dziecka. Kolejnym lekiem stosowanym we wspomnianych zaburzeniach jest zolpidem. Obecnie zaliczany jest do kategorii B w klasyfikacji określającej potencjał teratogenny leku według Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków.



Wskazuje to, że w badaniach na zwierzętach nie wykazano ryzyka dla płodu. Obecnie obserwacje kobiet przyjmujących ten lek pokazały niepokojące komplikacje ginekologiczno-położnicze oraz malformacje płodu, jednak nie ma jednoznacznych dowodów na istnienie związku pomiędzy nimi a stosowaniem zolpidemu [30]. U ciężarnych leczonych tym lekiem odnotowano niższą masę urodzeniową noworodka, zwiększoną liczbę porodów przedwczesnych i wrodzonych malformacji, a także częstsze porody przez cięcie cesarskie [31]. Lekiem uspokajającym i nasennym, który nie wykazuje działania teratogennego, jest prometazyna. Dodatkowo ma ona zastosowanie w leczeniu uporczywych wymiotów u ciężarnych [10].

### Alternatywne metody leczenia

Dobrym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego u kobiet ciężarnych jest wykorzystanie innych, niefarmakologicznych metod leczenia [16]. Ze względu na ciężkie epizody depresyjne, powikłane dużym ryzykiem samobójczym czy psychozami, niekiedy prowadzące do stanów wyniszczenia, wprowadza się kurację światłem, elektrowstrząsą oraz psychoterapię. Często jest to również ratunek dla pacjentek w ogóle nie reagujących na farmakologię [22].

#### Fototerapia

Fototerapia to wykorzystanie światła widzialnego, czyli tej części promieniowania elektromagnetycznego, na którą reaguje siatkówka oka człowieka w procesie widzenia. Światło, a konkretnie fotony wpływają na działanie szyszynki. Szyszynka wydziela melatoninę, która reguluje senność i obniża temperaturę ciała, szczególnie w godzinach zmierzchu, gdy stężenie melatoniny jest najwyższe. Wskutek długotrwałych nocy nadmierne wydzielanie melatoniny może skutkować stałym uczuciem senności i zmęczenia. Za dnia szyszynka produkuje prekursor melatoniny – serotoninę, neuroprzekaznik, wpływając na nastrój, sen, potrzeby seksualne, impulsywne zachowania i apetyt. Jej ilość zależy głównie od czasu wystawienia organizmu na światło. Zaburzenia afektywne wynikają z niedoboru światła słonecznego, głównie w okresie zimowym, co zakłóca naturalny rytm snu i czuwania. Zakłócenie normalnego trybu dnia wpływa na równowagę hormonalną, prowadząc do wzmożonego wydzielania melatoniny, hormonu uwalnianego w nocy przez szyszynkę [22]. Zwiększone stężenie melatoniny powoduje objawy depresyjne, współistniejące z uczuciem nadmiernej senności, zmęczenia, osłabienia motywacji i apatii. Częstymi działaniami niepożądanymi tej formy leczenia są zaburzenia neurologiczne, psychiatryczne w postaci epizodów pobudzeniowych, problemy ze snem czy zespół serotoninowy (przy po-

łączeniu z SSRI). Istnieje również ryzyko wystąpienia myśli i prób samobójczych [16,22].

#### Elektrowstrząsą

Elektrowstrząsą to popularna metoda niefarmakologicznego leczenia depresji, również u kobiet w ciąży. Polega na indukowaniu kontrolowanego napadu padaczkowego poprzez dostarczenie impulsów elektrycznych do mózgu. Zastosowanie elektrowstrząsów może prowadzić do różnych efektów ubocznych, takich jak zaburzenia neurologiczne (problemy z koncentracją, utrata krótkotrwałej pamięci, bóle głowy), a także powikłań związanych z samą ciążą, czyli krwawień z pochwy, przedwczesnego porodu lub stanu przedrzucawkowego [22]. Niektórzy autorzy twierdzą, że częstość występowania poronień u kobiet leczonych elektrowstrząsami w czasie ciąży nie przewyższa tych występujących w populacji ogólnej [32]. Dodatkowo zwracają uwagę na przewagę elektrowstrząsów nad leczeniem farmakologicznym ze względu na mniejsze ryzyko poronień [16].

#### Psychoterapia

Częstą metodą leczenia zaburzeń depresyjnych o łagodnym oraz umiarkowanym nasileniu, pozbawionych zachowań psychotycznych czy myśli samobójczych, jest psychoterapia poznawczo-behawioralna [10]. Pozwala ona uniknąć wpływu leków psychoaktywnych na zdrowie i rozwój dziecka. W przypadku gdy psychoterapia nie przynosi wystarczających efektów, a pacjentka czuje się coraz gorzej, wskazane jest wspólne przeanalizowanie korzyści i ryzyka płynących z ewentualnego wprowadzenia leczenia farmakologicznego [1].

## WNIOSKI

Leczenie zaburzeń depresyjnych u kobiet w ciąży jest nadal tematem spornym i wymaga indywidualnego podejścia do każdej pacjentki. W trakcie terapii należy rozważyć ewentualne korzyści wynikające z leczenia farmakologicznego, które niesie za sobą ryzyko powikłań u płodu, oraz wybór mniej inwazyjnych metod niefarmakologicznych. Proces diagnostyczny i wybór dalszego postępowania powinny również obejmować potencjalne ryzyko związane z nieleczeniem choroby afektywnej jednobiegunowej u ciężarnych. Każdy wybór powinno poprzedzać zapoznanie się z najnowszymi doniesieniami naukowymi obejmującymi aktualne dane medyczne. Ważne jest również zapewnienie stałej i kompleksowej opieki psychiatry, pediatry i położnika każdej kobiecie zmagającej się z tym schorzeniem [15,33].



## PIŚMIENNICTWO

1. Bokhari R., Bhatara V.S., Bandettini F., McMillin J.M. Postpartum psychosis and postpartum thyroiditis. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23(6): 643–650, doi: 10.1016/s0306-4530(98)00034.
2. Abou-Saleh M.T., Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95(5): 428–432, doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09657.x.
3. Janik I., Maciejewska M., Fabian-Danielewska A., Korabiusz K., Wawryków A., Stecko M. Emotional disorders in the perinatal period. *J. Educ. Health Sport* 2018; 8(9): 983–989, doi: 10.5281/zenodo.1419713.
4. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can. J. Psychiatry* 1990; 35(1): 89–95, doi: 10.1177/070674379003500117.
5. Rybakowski J. Choroby afektywne. W: *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska [red.]. Wyd. 1. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2011, s. 174–183.
6. Heitzman J., Solak M. Zespół odstawienia po lekach antydepresyjnych – problem dla lekarza i pacjenta. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(5): 601–613.
7. Marcus S.M. Depression during pregnancy: rates, risks, and consequences. *Can. J. Clin. Pharmacol.* 2009; 16(1): e15–22.
8. Mutschler E., Geisslinger G., Kroemer H.K., Menzel S., Ruth P. Leki wpływające na sferę psychiczną (leki psychotropowe). W: *Mutschler farmakologia i toksykologia: podręcznik*. M. Drożdżik, I. Kocić, D. Pawlak [red. wyd. pol.]. Wyd. 4. MedPharm Polska. Wrocław 2016, s. 146–183.
9. Ritter J.M., Flower R., Henderson G., Loke Y.K., MacEwan D., Rang H.P. Leki przeciwdepresyjne. W: *Rang i Dale Farmakologia*. D. Mirowska-Guzel, B. Okopień [red. wyd. pol.]. Wyd. 9. Edra Urban & Partner. Wrocław 2021, s. 651–671.
10. Urban-Kowalczyk M. Leczenie objawów depresyjnych u kobiet w ciąży – opcje terapeutyczne. *Psychiatr. Dypl.* 2017; 14(1): 23–28.
11. Hale T.W. Maternal medications during breastfeeding. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2004; 47(3): 696–711, doi: 10.1097/01.grf.0000135653.56778.3f.
12. Kostowski W. Leki przeciwdepresyjne. W: *Farmakologia: podstawy farmakoterapii*. T. 2. W. Kostowski, Z.S. Herman [red.]. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2008, s. 133–153.
13. Smart C., Anderson I.M., McAllister-Williams R.H. Antidepressants and ECT. W: *Fundamentals of clinical psychopharmacology*. I.M. Anderson, R.H. McAllister-Williams [red.]. 4th ed. CRC Press, Taylor & Francis Group. Boca Raton 2015, s. 77–103.
14. Davis R.L., Rubanowicz D., McPhillips H., Raebel M.A., Andrade S.E., Smith D. i wsp. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medication during pregnancy. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2007; 16(10): 1086–1094, doi: 10.1002/pds.1462.
15. Kloos A.L., Dubin-Rhodin A., Sackett J.C., Dixon T.A., Weller R.A., Weller E.B. Wpływ zaburzeń nastroju i ich leczenia na ciężarną, płód i dziecko. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010; 12: 96–103.
16. Müldner-Nieckowski Ł., Cyranka K., Smiatek-Mazgaj B., Mielimąka M., Sobański J., Rutkowski K. Psychotherapy for pregnant women with psychiatric disorders. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 49–56, doi: 10.12740/PP/31493.
17. Cantor Sackett J., Weller R.A., Weller E.B. Selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy and possible neonatal complications. *Curr. Psychiatry Rep.* 2009; 11(3): 253–257, doi: 10.1007/s11920-009-0038-5.
18. Yonkers K.A., Wisner K.L., Stewart D.E., Oberlander T.F., Dell D.L., Stotland N. i wsp. 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(5): 403–413, doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.04.003.
19. Fukushima N., Nanao K., Fukushima H., Namera A., Miura M. A neonatal prolonged QT syndrome due to maternal use of oral tricyclic antidepressants. *Eur. J. Pediatr.* 2016; 175(8): 1129–1132, doi: 10.1007/s00431-016-2722-x.
20. Palmsten K., Huybrechts K.F., Michels K.B., Williams P.L., Mogun H., Setoguchi S. i wsp. Antidepressant use and risk for preeclampsia. *Epidemiology* 2013; 24(5): 682–691, doi: 10.1097/EDE.0b013e31829e0aaa.
21. Misztal Z., Pawlicka M., Mroczek A., Bałabuszek K., Kasprzak K., Koziarska-Rościszewska M. Wpływ stosowanych antydepresantów podczas ciąży na rozwój płodu i noworodka. W: *Nauki przyrodnicze i medyczne: najnowsze doniesienia dotyczące nauk medycznych i biotechnologicznych*. J. Bednarski, M. Bajda [red.]. Instytut Promocji Kultury i Nauki Dr Jerzy Bednarski. Lublin 2018, s. 8–18.
22. Malhotra N., Malhotra V., Malhotra P., Bhardwaj R. Modified electroconvulsive therapy during pregnancy. *J. Anaesth. Clin. Pharmacol.* 2008; 24(3): 351–352.
23. Sanz E.J., De-las-Cuevas C., Kiuru A., Bate A., Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005; 365(9458): 482–487, doi: 10.1016/S0140-6736(05)17865-9.
24. Reis M., Källén B. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol. Med.* 2010; 40(10): 1723–1733, doi: 10.1017/s0033291709992194.
25. Bałkowiec-Iskra E., Mirowska-Guzel D.M., Wielgoś M. Effect of antidepressants use in pregnancy on foetus development and adverse effects in newborns. *Ginekol. Pol.* 2017; 88(1): 36–42, doi: 10.5603/GP.a2017.0007.
26. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin. Drug Saf.* 2014; 13(2): 207–225, doi: 10.1517/14740338.2014.869582.
27. Bieńkowski P., Samochowiec J., Sienkiewicz-Jarosz H., Wichniak A., Mastalerz-Migas A. Bezpieczne stosowanie benzodiazepin w podstawowej opiece zdrowotnej – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. *Lekarz POZ* 2019; 5(3–4): 177–193.
28. Nayeri U.A. Niepowściągliwe wymioty ciężarnych – postępowanie krok po kroku. *Ginekol. Dypl.* 2012; 14(5): 61–68.
29. Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. Committee on Drugs. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2000; 105(4 Pt 1): 880–887, doi: 10.1542/peds.105.4.880.
30. Wang L.H., Lin H.C., Lin C.C., Chen Y.H., Lin H.C. Increased risk of adverse pregnancy outcomes in women receiving zolpidem during pregnancy. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2010; 88(3): 369–374, doi: 10.1038/clpt.2010.97.
31. Wikner B.N., Källén B. Are hypnotic benzodiazepine receptor agonists teratogenic in humans? *J. Clin. Psychopharmacol.* 2011; 31(3): 356–359, doi: 10.1097/JCP.0b013e3182197055.
32. Kasar M., Saatcioglu O., Kutlar T. Electroconvulsive therapy use in pregnancy. *J. ECT* 2007; 23(3): 183–184, doi: 10.1097/YCT.0b013e318065b12f.
33. Rymaszevska J., Dolna M., Gryboś M., Kiejna A. Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekol. Pol.* 2005; 76(4): 322–330.