

مدیریت اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری

دکتر ساغر فاطمی
روانپزشک



- مدیریت بهبود یافته بیماری های روانپزشکی به بسیاری از زنان مبتلا به اختلالات روانپزشکی کمک می کند تا مادری را بپذیرند.

مرحله قبل از بارداری، به طور کلی سه گروه از بیماران وجود دارد که ممکن است برای ارزیابی ارجاع شوند:

۱. بیماران تحت درمان ناباروری یا ART که ممکن است به دلیل استرس، اضطراب و افسردگی ارجاع داده شوند.
۲. بیمارانی که تجربیات آسیب زا قبلی در دوران بارداری و زایمان داشته اند.
۳. کسانی که از قبل اختلال روانپزشکی دارند

بیمارانی که تحت درمان ناباروری هستند و کسانی که تجربه های آسیب زای قبلی در حین زایمان دارند، مانند آسیب های حین زایمان، مرده زایی یا نیاز به مداخلات اورژانسی از جمله سزارین ممکن است در معرض افسردگی و اضطراب باشند

- بیماران مبتلا به بیماری های روانپزشکی از قبل ممکن است نیاز به بررسی وضعیت بالینی خود داشته باشند و باید در مورد ادامه، اصلاح یا قطع دارو تصمیم گیری شود.
- در دوران بارداری ممکن است برای ناراحتی ناشی از عوامل روانی اجتماعی مانند اختلافات زناشویی، خشونت خانگی یا مصرف مواد در همسر، ارجاع داده شود.
- رویدادهای مربوط به زایمان، مانند مرده زایی می تواند منجر به غم و اندوه شود.
- ممکن است ناراحتی مرتبط با جنسیت نوزاد وجود داشته باشد.
- بیماری پزشکی در نوزاد و جدایی مادر و نوزاد به دلیل بستری شدن در NICU نیز ممکن است منجر به اضطراب، افسردگی، غم و اندوه شود.



- در دوره پس از زایمان، اختلالات پیوند مادر و نوزاد ممکن است وجود داشته باشد.
- تغییرات مربوط به خلق و خو ممکن است به صورت بلوز پس از زایمان یا افسردگی پس از زایمان PPD ظاهر شود.
- روان پریشی پس از زایمان PPP یک شکل خاص از اختلال رفتاری است که ممکن است در دوره پس از زایمان دیده شود.



رویکرد کلی به بیمار در روانپزشکی پری ناتال

- اگر در دوره قبل از بارداری مشاوره کند و همچنان علامتدار باشد، ممکن است به زوجین توصیه کنیم که بارداری را به تعویق بیندازند. پس از تثبیت وضعیت بالینی برای بارداری برنامه ریزی کنند.
- در صورتی که دارو مصرف می کند و بدون علامت است، ممکن است برای زنانی که سابقه بیماری خفیف مانند یک دوره افسردگی خفیف در گذشته داشته اند، آزمایشی قطع شود. خطر عود و نیاز به بررسی زودهنگام در صورت عود باید در چنین مواردی مورد تاکید قرار گیرد. اگر یک مراقب حمایتی در خانه وجود داشته باشد که بتواند علائم اولیه عود را تشخیص دهد و در صورت عود بیمار را برای درمان بیاورد، مفید است.
- در مورد SMI، حتی اگر بیمار در حال حاضر بدون علامت باشد، داروهای پیشگیرانه ترجیح داده می شود. ممکن است لازم باشد داروهایی را که ماهیت کمکی دارند و دیگر مورد نیاز نیستند، کاهش دهیم و قطع کنیم. ممکن است شامل بنزودیازپین ها، بتا بلوکرها و عوامل آنتی کولینرژیک باشد. تصمیم برای تغییر دارو به داروی دیگری ممکن است در هر موردی لازم نباشد، مگر اینکه خطرات ادامه داروی فعلی برای بیمار مورد نظر زیاد باشد. با این حال، از قطع ناگهانی داروها باید اجتناب شود. اسید فولیک ۵ میلی گرم در روز برای تمام زنانی که قصد بارداری دارند تجویز می شود.
- زمانی که خانمی برای مشاوره در دوران بارداری مراجعه می کند، باید تاکید کنیم برنامه ریزی زایمان در بیمارستانی با امکانات کافی برای مراقبت های مادر و نوزاد، از جمله مراقبت های ویژه نوزادان، ترجیح داده می شود، به خصوص اگر مادر از داروهای روان پزشکی استفاده می کند. به تمام مادرانی که دارو مصرف می کنند توصیه می شود که در اوایل سه ماهه (هفته های ۱۰ تا ۱۲) و همچنین در هفته های ۱۶ تا ۱۸ که اکوکاردیوگرافی جنین نیز می تواند انجام شود، به ویژه برای مادرانی که داروهایی مصرف می کنند که امکان خطر ابتلا نقایص مادرزادی قلبی (به عنوان مثال، مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین [SSRI]، لیتیموم).

- اگر بارداری برنامه ریزی شده نباشد و هیچ فرصت قبلی برای اصلاح داروها در دوره قبل از بارداری وجود نداشته باشد، ممکن است داروها همانطور که در بالا ذکر شد اصلاح شوند.
- برای شروع جدید اختلال روانپزشکی در دوران بارداری، روان درمانی برای بیماری خفیف در سه ماهه اول ترجیح داده می شود. با این حال، در صورت تداوم یا بدتر شدن علائم و در زنان با دوره شدید بیماری، ممکن است دارو شروع شود.
- از آنجایی که بارداری می تواند فارماکوکینتیک داروها را تغییر دهد، ممکن است نیاز به تنظیم دوز وجود داشته باشد. سرعت آهسته تخلیه معده و افزایش زمان انتقال روده می تواند جذب داروهای خوراکی را به تاخیر بیندازد. افزایش حجم پلاسما، و تغییر در اتصال پروتئین پلاسما منجر به حجم بیشتری از توزیع برای داروهای لیپوفیل می شود. داروهایی که تحت متابولیسم کبدی قرار می گیرند به دلیل افزایش فعالیت آنزیم CYP450 و فعالیت آنزیم فاز ۲ (اوریدین دی فسفات گلوکورونول ترانسفراز) و افزایش سطح هورمون استروئید، سریعتر پاک می شوند. داروهایی که تحت کلیرانس کلیوی قرار می گیرند به دلیل نرخ فیلتراسیون گلومرولی بالاتر، کلیرانس بیشتری دارند.
- این تغییرات فارماکوکینتیک ممکن است به اقدامات احتیاطی زیر نیاز داشته باشد [جدول صفحه بعد].

Pharmacokinetic considerations in pregnancy

Medication	Changes seen	Precautions to be taken
<u>Antidepressants</u>	<u>Levels may fall in late pregnancy (after 20 weeks)</u>	<u>Symptoms monitoring and if possible drug level monitoring</u>
<u>Lithium</u>	<u>Increase in GFR and fluid volume ↓ reduces lithium level throughout pregnancy and immediately returns to prepregnancy level soon after delivery</u>	<u>Check Li levels monthly till 34 weeks, weekly thereafter until delivery</u> <u>Consider repeating lithium blood levels before and 24 h after delivery (if adequate fluid balance during labor was not maintained)</u> <u>Assess lithium levels frequently in initial few weeks postpartum</u>
<u>Lamotrigine</u>	<u>May decrease around 50% due to increase sex steroids levels, Folic acid supplementation may reduce effects of lamotrigine</u>	<u>Serum level monitoring until first month of postpartum</u>

ارزیابی سود ریسک و برنامه ریزی مدیریت

- یکی از نگرانی‌های مصرف دارو در روانپزشکی پری ناتال، آسیب‌های احتمالی داروها بر بارداری و پیامدهای جنینی و نوزادی است.
- اغلب در میان بیماران، مراقبان و پزشکان برای ادامه مصرف داروها در دوران بارداری تردید وجود دارد.
- برخی از بیماران پس از باردار شدن، داروها را به طور ناگهانی قطع می‌کنند و خطر عود بیماری روانپزشکی را دارند که خود و جنین را در معرض خطر قرار می‌دهد.



- چهار ملاحظات عمده خطرات و فواید برای مادر و جنین/شیرخوار که باید در نظر گرفته شوند عبارتند از:

- ۱ خطرات بیماری روانپزشکی درمان نشده مادر. ۲ مزایای اجتناب از قرار گرفتن در معرض دارو.
- ۳ مزایای کنترل کافی بیماری مادر. ۴. خطرات داروها.

- خطرات افسردگی مادر یا SMI درمان نشده شامل: خطر پابندی ضعیف به مراقبت های دوران بارداری، خود بی توجهی و بی توجهی به نوزاد، خطر خودکشی و/یا خطر نوزادکشی، تغذیه نامناسب و اختلالات جسمی است. خطر خشونت خانگی، مصرف مواد و پیامدهای بد مامایی مانند زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و مرده زایی در بیمارانی که علامت دار هستند افزایش می یابد.



مصرف داروها

- کدامیک از داروها حین بارداری بی خطر تر است؟
- هیچ پاسخ قطعی وجود ندارد
- باید خطرات و منافع درمان با این داروها در مقابل خطرات بیماری روانپزشکی در هر بیمار بطور جداگانه و بادقت بررسی و سنجیده شود.
- اگر بیمار، روانپزشک و متخصص زایمان تصمیم گرفتند داروهای روانپزشکی در تمام طول بارداری ادامه یابد، بایستی دوز داروها متناسب با تغییرات فیزیولوژیک هر سه ماهه بارداری تنظیم شود.

➤ در خصوص SSRI

- نگرانی قابل توجه در خصوص نقص سپتومهای قلبی جنین حین مواجهه با پاروکستین وجود دارد.
- احتمال ابتلا به PPHN در نوزادانی که مادرانشان بعد از هفته ۲۰ بارداری SSRI میگیرند است
persistent pulmonary hypertension
- اطلاعات کنونی از قطع SSRI بخاطر احتمال ابتلا به PPHN نوزاد حمایت نمیکند.
- بطور معناداری با آپگار پایین دقایق ۱ و ۵ ، وزن تولد پایین همراه است.
- ۳۰ درصد نوزادانیکه در مواجهه با SSRI در هفته های ۲۰ به بعد حاملگی بودند خصوصا پره ترم باشند سندروم پوراآدپتیشن نوزادی رخ میدهد. علائم: respiratory difficulty, hypoglycemia, hypertonia, jitteriness, vomiting, seizures, and sleep disturbances
- بیشترین شیوع در ۴۸ ساعت اول بعد تولد میتواند تا ۲ هفته طول بکشد
- بوپروپیون: یافته های غیر قطعی در خصوص احتمال نقایص قلبی (سپتوم بین بطنی)
- میرتازاپین دوز ۷,۵ تا ۴۵ در سه ماهه اول هیچ تراتورنیستی دتکت نشد

Antidepressant

SSRI	Cardiac septal defects with 1 st trimester exposure (most with paroxetine) PPHN with 3 rd trimester exposure (low absolute risk 3 per 1000) Postpartum hemorrhage (SSRI may slight increase the risk)	Sertraline-least placental exposure Avoid paroxetine	Sertraline is preferred Fluoxetine may have RID (1.6-14.6%) and may need infant monitoring
TCA	Fetal exposure to TCA is high	Avoid doxepin	Amitryptiline, nortriptyline, desipramine, clomipramine are considered safe
MAO inhibitors	Congenital malformation/hypertensive crisis	Avoided in pregnancy	Little or no data

- تثبیت کننده های خلق با خطرات تراتوژنیک بیشتر خصوصا ناهنجاری قلبی و نقایص لوله عصبی همراهند.
- لیتیوم با افزایش خطر ناهنجاری ابشتاین (جابجایی مادرزادی دریچه سه لتی و انتقال آن به داخل بطن راست) همراه است.
- بعنوان احتیاط Fetal echocardiography برای احتمال وجود مالفورماسیون قلبی انجام شود
- Hold کردن لیتیوم مادر طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل زایمان
- چون از جفت عبور میکند غلظت بالا در جنین باعث: آپگار پایین. علایم نورو ماسکولار. مدت اقامت بیشتر در بیمارستان میشود
- کاربامازپین و والپروات احتمال neural tube defects میدهند. والپروات بیشتر
- ۰,۵ تا ۱۶ درصد مالفورماسیون
- توصیه مصرف هم زمان اسیدفولیک با دوز ۵mg
- از سایر عوارض میتوان به heart defects, urogenital defects, and oral clefts اشاره کرد

Mood stabilizers		Used as second-line agents in bipolar disorder (after SGA)	
Lithium	Ebstein anomaly (1/1000)	May be used if benefits exceed the risks	Avoid breastfeeding, OR if breastfed, do foetal blood level monitoring (RID 12-30%)
Valproate	Major anomalies, neural tube defects (6-9%), intellectual disability in child	Avoided	RID (1.5%) Compatible with breastfeeding
Carbamazepine	Increased risk of malformation	Avoided	RID (1-7%) compatible with breastfeeding
Lamotrigine	No increase in risk of major congenital malformation	Therapeutic drug monitoring needed	RID 9.2-18.3% Considered safe with monitoring



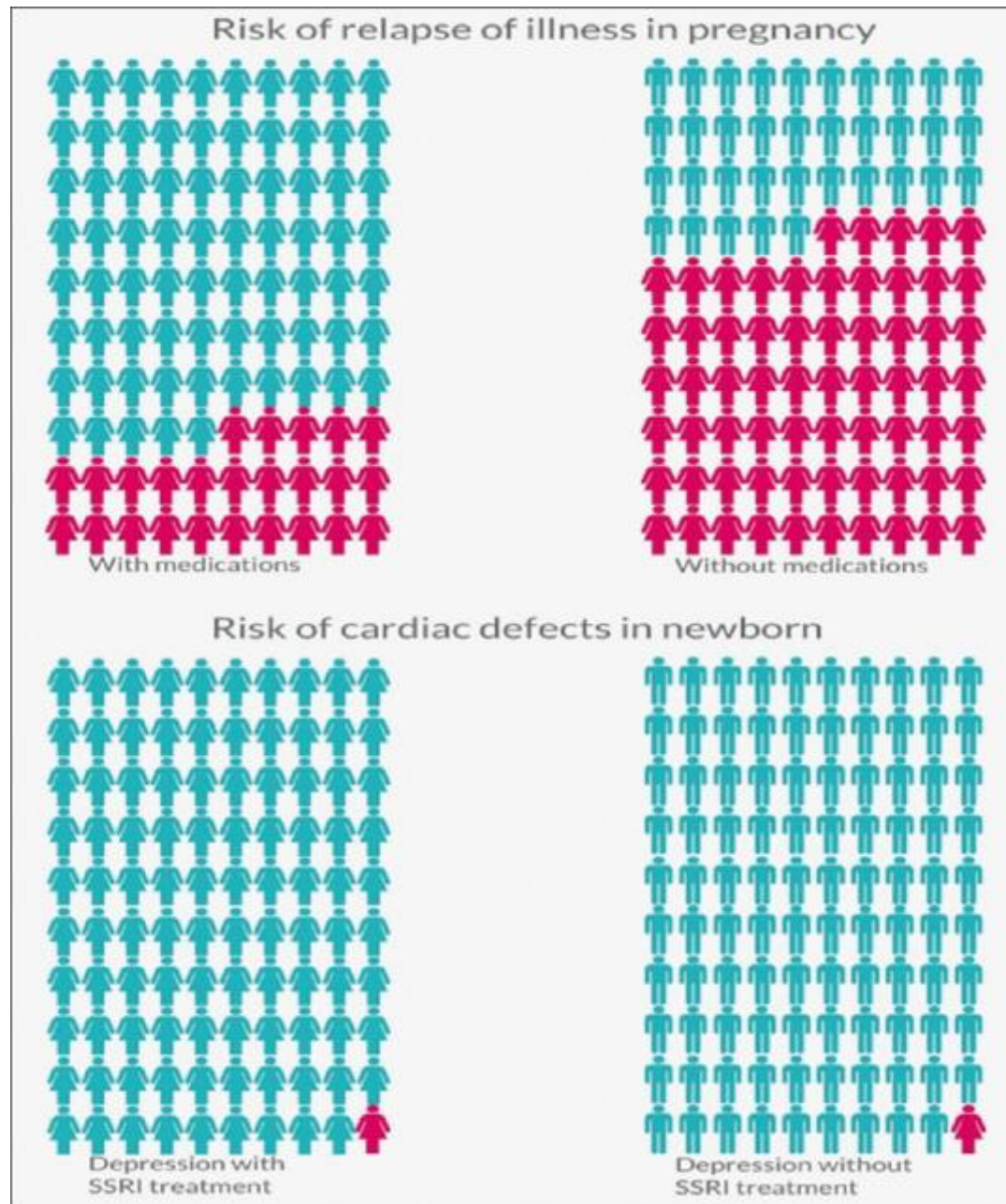
Antipsychotics	No increased risk of major congenital malformation	See under each drug class
SGA Risperidone Aripiprazole Olanzapine Quetiapine Clozapine	Increased maternal weight gain Increased risk of gestational diabetes Increased birth weight	Monitor maternal weight gain OGTT USG for fetal growth Clozapine – monitor for agranulocytosis
FGA Haloperidol Chlorpromazine Trifluoperazine Fluphenazine	No major congenital malformation Low birth weight, preterm delivery Third-trimester exposure - extrapyramidal and withdrawal symptoms	High potency drugs preferred



Anxiolytics Benzodiazepines	May low APGAR score, hypotonia, poor feeding, clef defect Just before delivery - floppy infant syndrome	Consider tapering BDZ Short-acting drugs preferred-Lorazepam
--------------------------------	--	---



RID – Relative infant dose; PPHN – Persistent pulmonary hypertension of newborn; OGTT – Oral glucose tolerance test;



Sample risk graphics to show risks during pregnancy

مثالی که در اینجا آورده شده است قرار گرفتن در معرض بیماری و تصمیم دارو درمانی

- مستندات مختصری از گفتگوهای انجام شده با خانم باردار و مراقبان،
- نگرانی های مطرح شده و توضیحات ارائه شده
- تصمیم آنها (در صورت وجود گزینه های متعدد) ذکر شود.



FDA از نظر ایمنی مصرف در دوران بارداری داروها را به ۵ طبقه تقسیم

FDA category	Safety indication	Psychotropic medications in this category
A	Controlled studies have failed to demonstrate a risk to foetus in the first trimester or subsequent trimesters	Folic acid, Thyroxine
B	Animal studies have failed to demonstrate risk of harm to fetus but there are no human studies	Clozapine, Zolpidem, Bupropion, Buspirone
C	Evidence of risk to fetus in animal studies but no well-controlled studies in humans	Most antipsychotics (except clozapine), most antidepressants (except paroxetine), Lamotrigine
D	Evidence of risk of harm to the human fetus however, the drugs may be used in individual patients if the benefits exceed the harm	Lithium, valproate, carbamazepine, paroxetine and most benzodiazepines
X	Significant risk of harm to fetus and the risks exceed benefits	Benzodiazepine drugs such as temazepam, estazolam, flurazepam

مدیریت اختلالات روانپزشکی در دوره پری ناتال

- اختلالات رایج شامل اضطراب، افسردگی و اختلالات سازگاری معمولاً در مراحل اولیه و زمانی که شدت خفیف دارند، قابل روان درمانی هستند.
- بنابراین، اصل بر درمان دوره های خفیف این اختلالات تنها با روان درمانی است.
- درمان شناختی رفتاری CBT ممکن است به اضطراب و همچنین افسردگی کمک کند.
- روان درمانی بین فردی ممکن است به افسردگی ERP برای درمان اختلال وسواس فکری اجباری کمک کند.
- اگر علائم اضطراب یا افسردگی مداوم، عود کننده یا بدتر از نظر شدت باشد. یا اگر پاسخ ضعیفی به روان درمانی به تنهایی وجود داشته باشد، ممکن است برای مدیریت بیماری دارو تجویز شود.

Anxiety disorders



- برخی از زنان اضطراب یا استرس مربوط به ناباروری و درمان ناباروری، از دست دادن بارداری قبلی، ترس از درد در حین زایمان (توکوفوبیا) و نگرانی در مورد تجارب آسیب زا در دوران بارداری را تجربه می کنند.
- در چنین مواردی، مدیریت شامل: آموزش روانی، مشاوره حمایتی و اطمینان بخشی توسط متخصص زنان و زایمان پس از معاینه قبل از زایمان است.
- در صورتی که این اقدامات کمکی نکند، ممکن است روان درمانی یا دارو برای اضطراب یا افسردگی استفاده کرد.
- **SSRI** ها (به جز پاروکستین) داروی انتخابی برای مدیریت اختلالات اضطرابی در بارداری هستند. بوسپیرون رده **B FDA** مطالعات انسانی زیادی برای حمایت از استفاده ندارد.

Depressive disorders



- در مورد اختلالات افسردگی، ارزیابی خطر-فایده برای در نظر گرفتن پروفیلاکسی دارویی دارای ملاحظات زیر است.
- زنانی که در گذشته یک دوره خفیف افسردگی را تجربه کرده‌اند، در صورتی که به مدت ۶ تا ۱۲ ماه بدون علامت باشند، ممکن است آزمایشی برای قطع داروهای ضد افسردگی انجام شود.
- با این حال، کسانی که بیماری شدیدتری مانند عود (چهار دوره یا بیشتر در طول زندگی) افسردگی داشته‌اند یا افسردگی شدید همراه با علائم روان‌پریشی داشته‌اند یا در طول دوره افسردگی اقدام به خودکشی کرده‌اند یا برای کنترل افسردگی نیاز به بستری شدن در بیمارستان یا ECT داشته‌اند. از ادامه پروفیلاکسی ضد افسردگی سود خواهد برد.
- وجود خشونت خانگی و تجربیات آسیب‌زا قبلی خطر را افزایش می‌دهد و وجود حمایت اجتماعی کافی عامل محافظتی در برابر افسردگی است.

Obsessive compulsive disorder



- برای شدت خفیف علائم، پاسخ قبلی به ERP/CBT با بهبودی طولانی مدت ، عدم وجود بیماری‌های همراه قابل توجه مانند افسردگی، ممکن است امکان آزمایش قطع درمان SSRI است.
- با این حال، در زنان با بیماری شدیدتر، با افسردگی همراه یا خطر خودکشی، خطرات قطع دارو ممکن است از فواید آن بیشتر باشد.

مدیریت بیماریهای روانی شدید در دوران پری ناتال



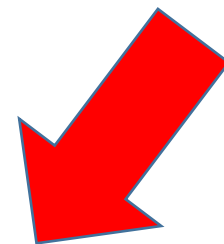
- SMI به اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی اشاره دارد.
- در زمینه روانپزشکی پری ناتال، اختلالات رفتاری شدید نیز می تواند در PPP و همچنین PPD رخ دهد که اغلب با شروع ناگهانی همراه با علائم شدید، علائم روان پریشی و خطر خودکشی همراه است.
- خطر عود اختلال دوقطبی در زنانی که پروفیلاکسی را قطع می کنند به ۷۰ درصد می رسد، در حالی که در بین زنانی که پروفیلاکسی را ادامه می دهند حدود ۲۵ درصد است
- به زنان مبتلا به اسکیزوفرنی نیز توصیه می شود که پروفیلاکسی را در دوره پری ناتال ادامه دهند.
- آنتی سایکوتیک های نسل دوم SGA برای پیشگیری ترجیح داده می شوند.
- خطر افزایش وزن و همچنین دیابت حاملگی با SGA وجود دارد و زنان باید از نظر افزایش وزن بیش از حد تحت نظر باشند و از آنها خواسته شود که در طول بارداری آزمایش تحمل گلوکز انجام دهند

Bipolar Disorder



- در افسردگی دوقطبی، ممکن است در برخی از زنان نیاز به افزودن داروهای ضد افسردگی برای مدت کوتاهی وجود داشته باشد.
- برخی از زنان ممکن است نیاز به افزودن یک تثبیت کننده خلق و خو داشته باشند.
- **والپروات و کاربامازپین** در دوران بارداری به دلیل خطرات ناهنجاری های مادرزادی و اختلالات رشد عصبی اجتناب می شود.
- با این حال، **لاموتریزین** با دوز پایین (کمتر از ۳۲۵ میلی گرم در روز) ممکن است با خطر ناهنجاری های مادرزادی عمده مرتبط نباشد و ممکن است پس از بحث در مورد خطرات و فواید، در زنان مبتلا به افسردگی دوقطبی ادامه یابد.
- به طور مشابه، در زنانی که برای خوب ماندن به پروفیلاکسی **لیتیوم** نیاز داشته اند، ممکن است پس از بحث با زن و مراقبان، این پروفیلاکسی در نظر گرفته شود.

- بنابراین، زمانی که SGA به تنهایی به عنوان پیشگیری موثر نیست و به یک تثبیت کننده خلق نیاز است، لیتیوم یا لاموتریژین ممکن است بر اساس مشخصات بالینی زن در نظر گرفته شود.



- **راهبردهای پیشگیری از عود اختلال دوقطبی عبارتند از:** اجتناب از محرومیت از خواب، مدیریت استرس، اطمینان از پایبندی به دارو، اجتناب از مصرف مواد، و آگاهی از علائم هشدار دهنده اولیه عود با نظارت خود بر علائم.



سایکوز پس از زایمان

- یک SMI است که شروع ناگهانی در دوره پس از زایمان (معمولاً در عرض ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان) دارد. ممکن است به صورت یکی از سندرم های بالینی مانیا حاد، اختلال سایکوتیک حاد و گذرا، کاتاتونیا یا افسردگی سایکوتیک ظاهر کند.
- علائم سایکوز پس از زایمان اغلب ظرف چند روز بعد از زایمان شروع میشوند هرچند میانگین فاصله زمانی زایمان تا شروع علائم بین ۲ تا ۳ هفته است و تقریباً تمام موارد ظرف ۸ هفته بعد از زایمان شروع میشود.
- بیماران شکایت از خستگی، بیخوابی و بیقراری و تجربه دوره هایی از گریستن و بی ثباتی هیجانی دارند.
- بعداً سوزن، سردرگمی، بی ربطی کلام، اظهارات غیر منطقی و نگرانی های وسواسی درمورد راحتی و سلامت کودک ممکن است بروز کند.
- ممکن است بطور هذیانی معتقد باشد کودکش فوت شده یا معیوب است. گاهی تولد فرزندش را انکار میکند و معتقد است مجرد، باکره، آزاردیده، تحت نفوذ دیگران و یا منحرف است.
- توهمات با محتوای مشابه ممکن است شامل صداهایی که به بیمار میگویند خود یا کودکش را بکشد.
- شکایاتی مبنی بر عدم توانایی حرکت کردن، ایستادن یا راه رفتن شایع هستند



سایکوز پس از زایمان

- در یک مطالعه ۵ درصد خودکشی کردند و ۴ درصد نوزاد خود را به قتل رساندند.
- سایکوز پس از زایمان با ۷۰ برابر افزایش خطر خودکشی در ۱۲ ماه اول پس از زایمان با اوج طی چند روز تا چند هفته پس از ترخیص همراه بود.
- اگر در مراحل اولیه تشخیص داده شود و به طور تهاجمی درمان شود میتواند پیش آگهی خوبی داشته باشد. فرجام مطلوب این اختلال با سازگاری خوب پیش از بیماری و شبکه حمایتی خانواده ارتباط دارد.
- در بارداریهای بعدی این بیماران، خطر بروز مجدد دوره بیماری افزایش می یابد و گاهی به ۵۰ درصد بالغ می شود.

- میزان بروز ۱ تا ۲ در هر هزار زایمان است.
- ۵۰ تا ۶۰ درصد زنان مبتلا، به تازگی اولین فرزند خود را بدنیا آورده اند.
- ۵۰ درصد موارد شامل زایمانهایی است که با عوارض پریناتال غیر روانپزشکی همراه بوده اند.
- ۵۰ درصد زنان مبتلا سابقه خانوادگی اختلالات خلقی دارند در DSM-5 بعنوان زیر نوعی از اختلال دوقطبی کدگذاری میشود.
- دو سوم بیماران ظرف یک سال بعد از تولد نوزاد دچار دوره دوم اختلال خلقی زمینه ای میشوند.





سایکوز پس از زایمان

- سایکوز پس از زایمان یک فوریت روانپزشکی محسوب میشود.
- درمان انتخابی آن داروهای آنتی سایکوتیک و لیتیوم، اغلب همراه با یک ضد افسردگی است.
- در صورت تمایل مادر تماس او با فرزندش مفید است اما ملاقات باید تحت نظر انجام شود خصوصا اگر مادر با آسیب به نوزاد اشتغال خاطر دارد.
- بعد از دوره سایکوز حاد رواندرمانی ضرورت می یابد رواندرمانی این بیماران معطوف به این مساله است که بیمار نقش مادری را بپذیرد و با آن احساس راحتی کند.
- تغییر عوامل محیطی مانند افزایش حمایت از سوی همسر و سایر اطرافیان نیز ممکن است ضروری باشد.

- کاتاتونیا در دوران بارداری و پس از زایمان شایع است.
- حدود ۲۰ درصد از زنانی که در دوره پری ناتال بستری شده بودند، کاتاتونی داشتند، در مقابل حدود ۸ درصد از بیماران بستری در بخش های روانپزشکی حاد بستری بودند
- مدیریت کاتاتونیا در بارداری اغلب با مشکل روبرومی شود زیرا استفاده از بنزودیازپین - لورازپام را برای مدیریت آن ضروری می کند. با این حال، علائم ترک و امتناع از خوردن می تواند باعث کم آبی، هیپوگلیسمی و عدم تعادل الکترولیت شود. وجود بی حسی یا بی حرکتی خطر استاز وریدی و ترومبوز ورید عمقی را در دوران بارداری افزایش می دهد.
- بنابراین، مزایای درمان با لورازپام اغلب از خطرات مربوط به استفاده از آن برای بیمارانی که مصرف خوراکی آنها کاهش یافته، سفتی و بی حرکتی است، بیشتر است

- به طور معمول، درمان را می توان با دوز کم لورازپام ۳-۸ میلی گرم در روز (در دوزهای منقسم ۱-۲ میلی گرم سه یا چهار بار در روز) آغاز کرد. در صورت پاسخ ناکافی در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول، دوز ممکن است به ۸ تا ۱۶ میلی گرم در روز افزایش یابد، در حالی که نبض مادر، فشار خون و ضربان قلب جنین کنترل می شود. اگر ضربان نبض مادر زیر ۶۰ ضربه در دقیقه یا فشار خون زیر ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه یا ضربان قلب جنین زیر ۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد، ممکن است از دوزهای بیشتر خودداری شود. هنگامی که لورازپام استفاده می شود، باید سعی شود دوز کاهش یابد و دارو قطع شود و در عین حال علائم عود بیماری کنترل شود. با توجه به تشخیص اصلی باید داروی دیگر شروع شود.
- ECT گزینه دیگری برای مدیریت کاتاتونی است که به تنهایی به لورازپام پاسخ نمی دهد.

سایکوز پس از زایمان شدیدترین اختلال خلقی پری ناتال، است
نادر است تقریباً ۰,۱ تا ۰,۲ درصد (۱ در ۱۰۰۰ تا ۱ در ۵۰۰)



- اورژانس روانپزشکی است بخاطر ریسک بالقوه خودکشی و نوزادکشی.
- ارجاع فوری به روانپزشک. بستری در بیمارستان. شروع آنتی سایکوتیک

افسردگی پس از زایمان

بسیاری از زنان در دوره بعد از زایمان (۴ تا ۶ هفته پس از زایمان) دچار علائم خلقی میشوند.

اکثر این زنان علائمی منطبق با اندوه بچه (baby blue) را گزارش میکنند که یک آشفتگی گذرای خلقی است. مشخصه آن بی ثباتی خلقی، احساس ملال، سردرگمی ذهنی، بیقراری، اضطراب کاهش انرژی و گریستن است. ممکن است چندین روز طول بکشد. آنرا به تغییرات سریع سطح هورمونی زنان، استرس تولد بچه و آگاهی از اضافه شدن مسوولیت مادر شدن نسبت داده اند.

- در ۵۰ تا ۸۰ درصد زنان متعاقب زایمان دیده می شود

- معمولاً بعد از روز سوم زایمان رخ می دهد یا بعد از ترک بیمارستان متعاقب زایمان

- پیک علائم روز ۵ است و معمولاً تا ۱۰ روز خود بخود بهبود می یابد. ماهیتی گذرا دارد.

- ۲۰ تا ۲۵ شان افسردگی بعد از زایمان را تجربه خواهند کرد

Baby Blue بجز آموزش و حمایت از زائو به درمان تخصصی دیگری نیاز ندارد.

اگر علائم بیش از ۲ هفته طول بکشد ارزیابی از نظر وجود افسردگی پس از زایمان ضروریست.





افسردگی پس از زایمان

- افسردگی بعد از زایمان در DSM-5 بعنوان یک **نوع اختلال افسردگی اساسی** کدگذاری میشود.
- خلق افسرده، اضطراب مفرط، بیخوابی و تغییر وزن
- عموماً ظرف ۱۲ هفته بعد از زایمان شروع میشود
- هیچ شواهد قاطعی وجود ندارد که نشان دهد Baby Blue بعداً به یک دوره افسردگی اساسی منجر میشود.
- مطالعات نشان میدهد افسردگی پس از زایمان خطر بروز دوره افسردگی اساسی را در طول عمر افزایش می دهد.



مدیریت اختلالات مصرف الکل در دوران بارداری

- قرار گرفتن جنین در معرض الکل با محدودیت رشد، ناهنجاری های صورت و اختلال در عملکرد سیستم عصبی مرکزی مانند هوش پایین و بی توجهی-بیش فعالی در کودک همراه است.
- هیچ سطحی از مصرف الکل را نمی توان در بارداری بی خطر در نظر گرفت.
- زنان باید در مورد خطرات مصرف الکل آموزش ببینند و به آنها توصیه شود که از مصرف الکل خودداری کنند.
- سطوح پایین مصرف الکل ممکن است نیاز به مداخله مختصر یا مصاحبه انگیزشی داشته باشد، کسانی که مصرف متوسط یا پرخطر دارند ممکن است به مداخله تخصصی برای رفع اعتیاد نیاز داشته باشند.
- مادران مبتلا به وابستگی به الکل که علائم ترک قابل توجهی را تجربه می کنند، می توانند با یک دوره کوتاه مدت از داروهای بنزودیازپین درمان شوند. در صورت بروز علائم شدید ترک، ممکن است لورازپام یا دیازپام برای سم زدایی در نظر گرفته شود.
- پیشگیری طولانی مدت برای پیشگیری از عود به مصاحبه انگیزشی و راهبردهای پیشگیری از عود متکی است.
- اطلاعات ایمنی زیادی برای حمایت از استفاده روتین از داروهایی مانند نالترکسون یا آکامپروسات وجود ندارد. آنها ممکن است در زنانی که در معرض خطر بالای عود هستند تجویز شود.
- از مصرف دی سولفیرام در بارداری اجتناب شود.



مدیریت سایر اختلالات مصرف مواد در بارداری

- مصرف حشیش با افزایش خطر اختلالات خلقی، اختلالات طیف اوتیسم و بی توجهی-بیش فعالی در فرزندان همراه است.
- مصرف دخانیات با خطر زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و ناهنجاری های لب و دهان و همچنین خطر افزایش خونریزی مادر در حین زایمان همراه است.
- روش های روان درمانی برای سطوح کم استفاده ارجحیت دارند.
- شواهد محدود نشان می دهد درمان جایگزین نیکوتین از جمله چسب ها و بوپروپیون B رده FDA برای درمان اختلالات مصرف دخانیات ممکن است خطر پیامدهای نامطلوب نوزادی را افزایش ندهند.
- تصمیمات درمانی باید به صورت فردی گرفته شود.

خودکشی در بارداری و پس از زایمان



- سن پایین تر، تعلق به وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، حمایت درک شده ضعیف، خشونت خانگی، علائم افسردگی و داشتن سابقه قبلی خودکشی خطر خودکشی را پیش بینی می کند.
- زنان همچنین در دوره پری ناتال بیشتر از روش های کشنده استفاده می کنند.
- خطر خودکشی و خطر نوزادکشی ممکن است با هم رخ دهند و نیاز به توجه داشته باشند.
- بستری ممکن است همراه با اطمینان از حضور اعضای خانواده و حمایت اجتماعی کافی برای اطمینان از مراقبت دقیق از مادر در طول دوره خطر خودکشی در نظر گرفته شود.

خلاصه مداخلات خاص و مناسب برای زنان با خطر خودکشی در دوره پری ناتال



- بستری شدن در بخش مراقبت های شدید high intensive care unit و جدایی موقت از نوزاد پس از زایمان تا کاهش خطر خودکشی مورد نیاز است.
- اطمینان از ادامه تغذیه با شیر مادر تا حد امکان از طریق شیر دوشیده یا ملاقات نوزاد با مادر و بازگرداندن پس از کاهش خطر خودکشی.
- اگر خودکشی در زمینه افسردگی یا علائم روان پریشی باشد، از ECT برای بهبود بهبودی استفاده کنید
- آموزش اعضای خانواده در مورد خطر بالای خودآزاری و نظارت مستقیم (چشم برنداشتن) تا زمانی که خطر کاهش یابد.
- ارزیابی خطر دو بار در روز برای مرگ و میر
- مطمئن شوید که بخش یا خانه امن است و هیچ چیز تیز در دسترس نیست
- زنانی که در معرض خطر خودکشی هستند ممکن است بخواهند نوزادان خود را خانه ببرند و یا بیمارستان را ترک کنند و برای اطمینان از ایمنی لازم است حداکثر مراقبت انجام شود.
- در کشورهای با درآمد بالا، یکی از مهمترین دلایل مرگ و میر مادران، خودکشی مادر است که اغلب به دلیل یک اختلال روانی شدید است.

مدیریت بی قراری

- بی قراری AGITATION حوالی زایمان می تواند مادر و جنین/شیرخوار را در معرض آسیب قرار دهد.
- تنش زدایی کلامی باید ابتدا انجام شود
- سپس داروهای خوراکی مانند لورازپام ۱-۲ میلی گرم یا اولانزاپین ۵-۱۰ میلی گرم
- در صورتی که داروهای خوراکی مؤثر نباشند، ممکن است تزریق عضلانی لورازپام ۲ میلی گرم یا هالوپریدول ۲,۵-۵ میلی گرم یا اولانزاپین ۱۰ میلی گرم در نظر گرفته شود.
- نظارت منظم بر دما، ضربان نبض، تعداد تنفس، فشار خون و اقدامات سلامت جنین ممکن است ضروری باشد.

Electroconvulsive therapy ,Repetitive transcranial magnetic stimulation

- استفاده از ECT در دوران بارداری ممکن است در موارد خاصی نجات دهنده باشد.
- بیماران مبتلا به کاتاتونی یا خطر شدید خودکشی ثانویه به افسردگی که به تنهایی به مدیریت پزشکی پاسخ نمی‌دهند، ممکن است برای ECT در نظر گرفته شوند.



تحریک مغناطیسی جمجمه ای مکرر

- ایمنی RTMS در دوران بارداری به طور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته است،
- با این حال، مطالعات اندکی که در بارداری انجام شده است، هیچ پیامد نامطلوب مربوط به مادر یا نوزاد را به دلیل RTMS گزارش نکرده اند.

در پایان:

- نقش روانپزشک در مراقبت از مادران بطور گسترده شامل ارزیابی و مدیریت مادران با (۱) مسائل روانشناختی مربوط به تمام جنبه های بارداری و زایمان مانند ناباروری و درمان آن، تجربیات آسیب زا مربوط به بارداری و زایمان است. (۲) مدیریت شرایط روانپزشکی تازه شروع شده در دوره پری ناتال. و ۳ مدیریت بیماریهای روانپزشکی موجود در مادرانی که قصد بارداری دارند.
- تصمیمات عمده درخصوص انتخاب درمان بر اساس تجزیه و تحلیل ریسک- فایده درمان وضعیت روانپزشکی در برابر خطرات بیماری روانپزشکی درمان نشده در مادر گرفته میشود.
- بطور کلی مزایای پروفیلاکسی برای مادران مبتلا به SMI بیش از خطرات است
- در هر مورد نیاز به تصمیم گیری فردی باشد



