

جنبه های روان پزشکی بارداری

دکتر رها براتی

فهرست مطالب

○ توکوفویا

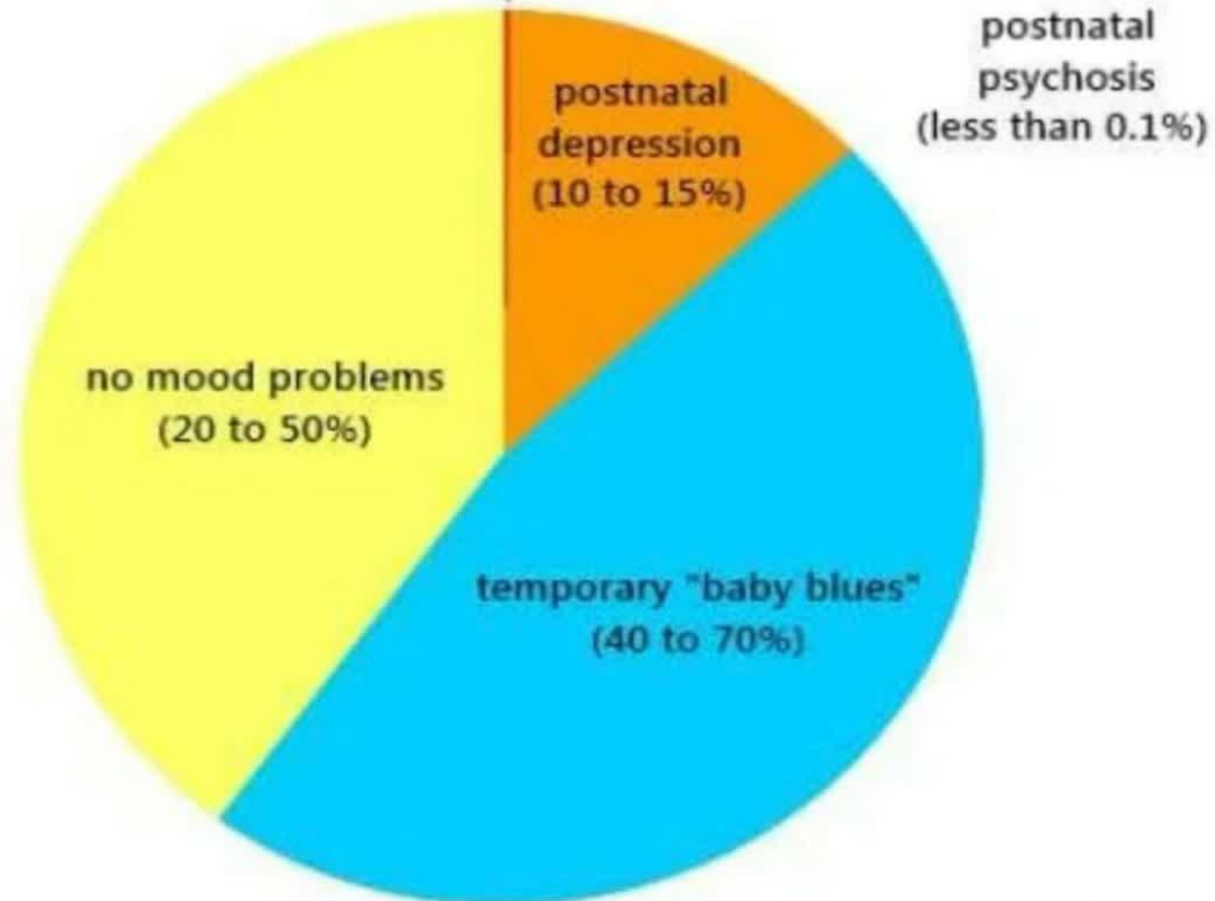
○ Baby Blue

○ افسردگی پس از زایمان

○ سایکوز پس از زایمان



SCHEMATIC VIEW OF MOOD PROBLEMS FOR NEW MOTHERS:



(this is of course a roughly estimated and pseudo-exact representation, showing 'hard' borders where we should have 'fuzzy', gradual borders)

توکوفوبیا تعریف ساده ای دارد که همان ترس از زایمان است. اکثر مادران باردار اضطراب دارند، اما در توکوفوبیا این اضطراب بسیار زیاد و ماندگار است.

این فوبیا با ترس از درد، مرگ و زایمان ارتباط دارد. در واقع توکوفوبیا با ترس غیر منطقی بعد از رویارویی با اشیایی خاص و حرکاتی خاص توصیف می شود. این امر هراس ناگهانی و حمله اضطرابی را در پی دارد.

ادامه

همه ما درباره زایمان، انقباضات رحم و عدم قطعیت درباره روند زایمان احساس اضطراب داریم اما برخی افراد ممکن است ترسی فلج کننده داشته باشند که همین امر تمایل برای بارداری را با اختلال مواجه خواهد کرد.

البته همه زن ها فوبیا را به شکل یکسان تجربه نمی کنند.



سه نوع توکوفوبیا وجود دارد

۱- **توکوفوبیا اولیه** : این نوع توکوفوبیا در زنانی دیده می شود که هرگز زایمان نداشته اند. ترس از زایمان طبیعی معمولاً به علت تجربه بدی است که فرد از گذشته داشته است.

۲- **توکوفوبیای ثانویه** : این زن ها اغلب تجربه ناخوشایندی در زایمان های قبلی داشته اند که محرکی برای ترس در زایمان های بعدی می شود.

۳- **توکوفوبیا به عنوان علامتی از افسردگی بارداری** : زن متوجه بارداری و مسئولیت های همراه با آن می شود و احساس عدم توانایی در قبول نقش مادری می کند.

تشخیص توکوفوبیا

از آنجایی که اکثر زن ها از زایمان و حتی بارداری ترس دارند، گاهی اوقات فهمیدن اینکه فرد دچار فوبیا است یا خیر دشوار است.

علائم واضحی وجود دارند که نشان می دهد فرد درگیر توکوفوبیا شده از جمله:

- ترس از آسیب دیدن
- ترس از درد و پیچیده شدن زایمان
- سابقه اضطراب، افسردگی یا اختلالات خلقی
- سابقه زایمان سخت
- سابقه مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن
- شنیدن اظهار نظر یا خاطرات منفی از بارداری و زایمان
- فقدان اطلاعات کافی از بارداری

پیامدهای ترس از زایمان

توکوفوبیا می تواند سبب اضطراب بی خوابی، اختلال در غذا خوردن و مشکلات دیگر شود.

ممکن است بارداری با استفراغ همراه شود که نشانه ای از طرد بارداری است. در عین حال، برخی از پیامدهای توکوفوبیا هم قابل مشاهده نیستند مثل افسردگی بارداری.

فرد مبتلا به توکوفوبیا بسیار اذیت خواهد شد و همین امر می تواند منجر به افسردگی بعد از زایمان شود.

در دوران بارداری ممکن است عدم وابستگی به جنین در حال رشد ایجاد شود و افکار اضطراب زا می توانند مادر را به سمت ختم بارداری انتخابی بکشانند.

به بیان دیگر، در چنین مواردی ترس از بارداری و زایمان فرد را به سمت سقط جنین سوق می دهد.

اندوه بچه – BABY BLUE

بسیاری از زنان طی ۲ هفته پس اول از زایمان دچار یک آشفتگی گذرای خلقی می شوند که مشخصه آن بی ثباتی خلق ، احساس غمگینی ، احساس ملال ، سردرگمی ذهنی و گریستن است .

این احساسات طی چند روز اول پس از زایمان ایجاد شده و ممکن است تا ۲ هفته طول بکشد . علت این تغییر خلق تغییرات سریع سطح هورمونی زنان استرس تولد بچه و آگاهی از اضافه شدن مسئولیت مادری می باشد .

درمان Baby blue شامل آموزش و حمایت از زائو ، از نظر روانی و فیزیکی می باشد . تفاوت های baby blue و افسردگی پس از زایمان در جدول زیر توضیح داده شده است .

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

افسردگی پس از زایمان

خصوصیات افسردگی پس از زایمان که در DSM-5 به عنوان یک زیر نوع اختلال افسردگی اساسی کد گذاری می شود عبارتند از :

- خلق افسرده
- اضطراب مفرط
- بی خوابی و تغییر وزن

این اختلال عموماً ظرف ۱۲ هفته پس از زایمان شروع می شود . هیچ گونه شواهدی قاطعی وجود ندارد که نشان دهد اندوه بچه یا همان Baby blue به یک دوره افسردگی منجر شود .



ادامه

چندین مطالعه حاکی از آنند که افسردگی پس از زایمان خطر بروز افسردگی اساسی در طول عمر را افزایش می دهد .

درمان افسردگی پس از زایمان به دلیل خطر انتقال اروهای ضد افسردگی به درون شیر و بدن نوزاد به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است .

سندرومی در پدران توصیف شده است که با تغییرات خلقی در حین بارداری همسر یا پس از تولد نوزاد همراه است . چندین عامل بر این پدر ها تاثیر می گذارد که عبارتند از :

- افزایش مسئولیت ها
- کاهش مفر جنسی
- کاهش توجه همسر و اعتقاد به اینکه کودک در یک ازدواج مشکل دار نیروی پیوند دهنده زوج است

اختلال افسردگی عمده



Table 7-2
Major Depressive Disorder

	DSM-5	ICD-10
Diagnostic name	Major Depressive Disorder	Major Depressive Episode
Duration	2 wk	
Symptoms	<ul style="list-style-type: none">• Dysphoria or feeling depressed• Anhedonia• ↑ or ↓ weight or appetite• ↑ or ↓ sleep• ↑ or ↓ activity• ↓ energy• Depressing thoughts: worthlessness, guilt• ↓ concentration• Suicidal ideation/plan	<ul style="list-style-type: none">• ↓ mood• ↓ energy• ↓ activity• ↓ capacity for enjoyment• ↓ interest• ↓ concentration• Fatigue after even minimal effort• Disturbed sleep/early morning awakening• Disturbed appetite/ ↓ weight• ↓ self esteem• ↓ self-confidence• Guilt or worthlessness• Mood unreactive to circumstances• Anhedonia• Worse symptoms in the AM• Psychomotor disturbance: agitation or retardation



معرف های افسردگی

- Early morning awakening
- Psychomotor disturbance
- Anorexia/weight loss
- Guilt

With atypical features

- Mood reactivity
- 2+ of following
 - Increased appetite/weight
 - Hyposomnia
 - Lead paralysis
 - Rejection sensitivity

With mood-congruent psychotic features

With mood-incongruent psychotic features

With catatonia

- Must be present during most of depressive episode

With peripartum onset

With seasonal pattern

- Usually occurs during a specific season

Course specifiers

With psychotic features

- Psychotic symptoms occurring only during the depressive

Recurrent Depressive Disorder (Coded as separate disorder):

Repeated episodes of the above symptoms.

Required number of symptoms	5 (1 has to be one of the first two listed)	• ↓ libido
Psychosocial consequences of symptoms	Distress or impaired functioning (social, occupational, or other significant areas)	Depends on severity
Exclusions (Not better explained by):	Medical illness Substance Other psychiatric disorder History of mania or hypomania	Adjustment disorder Conduct disorder Recurrent depressive disorder (which is considered a separate diagnosis)
Symptom specifiers	<p>With anxious distress</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2+ symptoms of anxiety <p>With mixed features</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3+ manic/hypomanic symptoms <i>during</i> the depressive episode (if occur independently, diagnose bipolar disorder) <p>With melancholic features</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loss of pleasure or reactivity to pleasure • 3+ of the following <ul style="list-style-type: none"> • Severe depression/despair • Mood worse in AM 	<p>Depressive reaction</p> <p>Psychogenic depression</p> <p>Reactive depression</p>



اندوه بچه – BABY BLUE

مقایسه Baby Blue و افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان	Baby Blue	خصوصیات
۱۰ درصد زنانی که زایمان می کنند	۵۰ درصد زنانی که زایمان می کنند	میزان بروز
ظرف مدت ۳ تا ۶ ماه	۳ تا ۵ روز پس از زایمان	زمان شروع
در خصوص عدم درمان چند ماه تا چند سال	چند روز تا چند هفته	مدت
وجود دارد ، به خصوص فقدان حمایت	وجود ندارد	عوامل استرس زای همراه
ارتباط قوی وجود دارد	خیر، در تمامی فرهنگ ها و طبقات اقتصادی جامعه دیده می شود.	عوامل اجتماعی فرهنگی
ارتباط قوی وجود دارد	ارتباطی وجود ندارد	سابقه اختلال خلقی
تا حدودی ارتباط وجود دارد	ارتباطی وجود ندارد	سابقه خانوادگی اختلال خلقی
بلی	بلی	گریستن
اغلب وجود دارد، اما گاهی خلق کلا افسرده است	بلی	بی ثباتی خلق
غالبا وجود دارد	خیر	عدم احساس لذت
تقریبا همواره وجود دارد	بر برخی موارد	اختلال در خواب
بر برخی از موارد	خیر	افکار خودکشی
غالبا وجود دارد	به ندرت	افکار صدمه زدن به کودک
غلب وجود دارد و شدید است	وجود ندارد یا خفیف است	احساس گناه – بی کفایتی

روان پریشی پس از زایمان

روان پریشی پس از زایمان که گاهی *puerperal psychosis* نامیده می شود نمونه ای از اختلال روان پریشی است که در زنانی بروز می کند که اخیراً نوزادی به دنیا آورده اند و خصوصیات معمول این سندروم عبارتند از : افسردگی ، هذیان و افکار مبنی بر صدمه زدن به خود و یا نوزاد . این افکار خودکشی یا نوزادکشی بایستی با دقت پالایش شوند، برخی از مادران این افکار را عمل کرده اند . ، البته چنین امری به ندرت رخ می دهد .

اکثر اطلاعات موجود در این زمینه حاکی از وجود یک ارتباط نزدیک بین روان پریشی پس زایمانی و اختلالات خلقی ریال به خصوص اختلالات دو قطبی و اختلال افسردگی اساس است . این اختلال در *DSM-5* به عنوان زیر نوعی از اختلال دو قطبی کدگذاری می شود .

ادامه

میزان بروز روان پریشی پسا زایمانی حدود ۱ تا ۲ در هر هزار مورد زایمان است

حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد زنان مبتلا ، به تازگی اولین فرزند خود را به دنیا آورده اند و حدود ۵۰ درصد موارد شامل زایمان هایی است که با عوارض پریناتال غیر روانپزشکی همراه بوده اند .

قریب به ۵۰ درصد زنان مبتلا ، سابقه بیماری خانوادگی اختلالات خلقی دارند .

محکم ترین داده ها حاکی از آن است که دوره روان پریشی پس از زایمان اساسا یک حمله اختلال خلقی است .

میزان بروز اختلال خلقی در بستگان افراد دچار روان پریشی پس از یامان مشابه میزان بروز آن در بستگان بیماران دچار اختلالات خلقی است .

حدود دو سوم بیمارatten ظرف یکسال پس از تولد نوزاد دچار دوره دوم اختلالات خلقی زمینه ای می شوند . فرایند زایمان را می توان یک استرس غیر اختصاصی دانست که احتمالا توسط یک مکانیزم هورمونی عمده سبب بروز یک دوره خلقی می شود .

علائم روان پریشی پسا زایمانی اغلب ظرف چند روز پس از زایمان شروع می شوند. هر چند میانگین فاصله زمانی زایمان تا شروع علائم بین ۲ تا ۳ هفته است و تقریبا تمام موارد ظرف ۸ هفته پس از زایمان شروع می شوند. بیمار به طور مشخص از خستگی ، بیخوابی و بیقراری شکایت دارد و ممکن است دوره هایی از گریستن و بی ثباتی هیجانی را تجربه کند .

بعدا سوء ظن، سردرگمی، بی ربطی کلام ، اظهارات غیر منطقی و نگرانی های وسواسی در مورد راحتی و سلامت کودکان ممکن است بروز کند .



ادامه

بیمار ممکن است به طور هذیانی معتقد باشد که کودکش فوت کرده است و معتقد است مجرد ، باکره یا آزار دیده ، تحت نفوذ دیگران و یا منحرف است . توهمات به محتوای مشابه ممکن است شامل صداهایی باشد که به بیمار باید خود یا کودکش را بکشد . شکایاتی مبنی بر عدم توانایی حرکت کردن ، ایستادن یا راه رفتن نیز شایع اند .

معمولا قبل از شروع علائم تمام عیار روان پریشی ، نشانه های مقدماتی مانند بی خوابی ، بی قراری ، سرآسیمگی ، بی ثباتی خلق و نقایص خفیف شناختی وجود دارند .

پس از بروز روان پریشی بیمار ممکن است بسته به محتوای نظام هدیانی و میزان سراسیمگی اش برای خود یا نوزادش خطرناک باشد .

در یک مطالعه ۵ درصد بیماران خودکشی کرده اند و ۴ درصد نوزادان خود را به قتل رسانده اند. فرجام مطلوب این اختلال به سازگاری خوب پیش از بیماری و شبکه حمایتی خانواده ارتباط دارد . در بارداری های بعدی این بیماران ، خطر بروز مجدد دوره افزایش می یابد و گاهی به ۵۰ درصد بالغ می شود .

همچون سایر اختلالات روان پریشی ، در اینجا هم باید بالینگر احتمال اختلال روان پریشی ناشی از بیماری طبی عمومی یا مواد یا در نظر بگیرد .
بیماریهای طبی احتمالی عبارتند از :

ادامه

○ کم کاری تیروئید و سندروم کوشینگ .

اختلال روان پریشی ناشی از مواد: ممکن است با مصرف داروهای ضد فشار خون در طول بارداری دیده شود . سایر علائم طبی بالقوه عبارتند از عفونت ها، توکسمی ها و نئوپلاسم ها .

روان پریشی پسا زایمانی یک فوریت روانپزشکی محسوب می شود. درمان انتخابی ان عبارت است از داروهای ضد روان پریشی و لیتیوم (Eskalith) اغلب همراه با یک داروی ضد افسردگی . در زنان شیرده تجویز دارو ممنوع است . بیمارانی که فکر خودکشی دارند برای جلوگیری از اقدام به خودکشی باید به بخش روان پزشکی منقل شوند .

روان پریشی پس از زایمان

Postpartum Psychiatric Disorders

Disorder	Incidence	Time Course	Clinical Features
Postpartum Blues	70 – 80 %	Within first week and ends by 14 days	<ul style="list-style-type: none">•Tearfulness•Anxiety•Insomnia•Mood Instability
Postpartum Depression	10 %	Within first month and can last for a year	<ul style="list-style-type: none">•Depression•Guilt•Anxiety•Fear of harm to baby•Obsessions
Postpartum Psychosis	0.1 – 0.2 %	Within first month	<ul style="list-style-type: none">•Disorientation•Confusion•Delusions•Hallucinations•Rapid Mood Cycling

