



University Hospital "Sisters of Charity"  
Psychiatric Clinic  
Vinogradska c. 29, 1000 Zagreb, Croatia  
<http://www.kbsm.hr>

Prezentacija na stručnom sastanku 12.1.2006

**Davor Moravek**

## **Liječenje paničnog i generaliziranog anksioznog poremećaja u trudnoći**

Trudnoća je vrijeme velikih emocionalnih promjena, često uz povećan stres i tjeskobu. Ovo može biti povezano sa velikim hormonalnim promjenama koje se odvijaju u tijelu žene. Psihološki čimbenici također mogu odigrati važnu ulogu u razvoju anksioznog poremećaja u tom periodu.

Često buduća majka brine o zdravlju djeteta, nerijetko se mijenja način života. Propituje se da li će biti dobra majka, kakav će biti novi život, da li će financijski moći zbrinuti dijete.

U slučaju da je trudnoća bila neočekivana ili neplanirana stres i tjeskoba mogu biti povećani. Nekim ženama trudnoća može pobuditi neugodna sjećanja na ranije životne događaje ili na život sa vlastitim roditeljima.

Iako je očito da sama trudnoća može biti uzrok tjeskobe, postavlja se pitanje što se dešava ukoliko od ranije postoji tjeskoba ili panični poremećaj.

Sredstva ovisnosti kao pokušaj "samolječenja" tjeskobe i depresije:

- Alkohol
- Benzodijazepini, osobito visokopotentni
- Psihostimulansi (ecstasy, kokain, amfetamini)
- Opijati

#### Terapijski plan:

- Medikamentozno liječenje ili prioritet prekidu uzimanja lijekova i usmjerenost na psihoterapiju?
- Primjena benzodijazepina, kojeg?
- Primjena antidepresiva, koja skupina (SSRI ili drugi)

U terapijskom planu moraju se uzeti u obzir moguće štetne posljedice lijekova:

- Potencijalna **teratogenost** lijekova
- Potencijalni **sindrom ustezanja** kod lijekova, koji mogu pogoditi dijete
- Potencijalni utjecaji na rast i razvoj ploda

#### Etička pitanja pri primjeni potencijalno štetnih lijekova:

- Da li korist primjene lijeka nadmašuje potencijalnu štetu
- Ukoliko nije moguće izbjeći štetu, da li je prioritet zdravlje majke ili djeteta?
- Tko donosi konačnu odluku o potencijalno štetnoj terapiji?
- Ima li odgovornost za odluku trudnica, skrbnik ili liječnik?

#### -Što je teratogenost?

- Teratogeni lijek mora stvoriti karakteristične malformacije na plodu.
- Teratogeni period dešava se u vrlo uskom razdoblju fetalnog razvoja, **između 31 i 81 dana nakon zadnje menstruacije**
- Teratogeni obično djeluju na organske sustave u vrlo specifičnom trenutku razvoja. Srce, CNS, tvrdo nepce i uho su najčešće pogođeni.

- lithium uzrokuje karakteristični teratogeni kardijalni defekt ako se primjenjuje u vrijeme kad se formira kardijska tuba. Ukoliko se da ranije ili kasnije u periodu organogeneze, nema efekta na srce.
- Razvoj fetalne jetre također je značajan faktor
- Sa povećanjem zrelosti, jetreni enzimi djeteta sve bolje mogu metabolizirati lijekove.
- Uho i bubrezi se formiraju u isto vrijeme. Ukoliko je malformacija uha prisutna, uvijek se mora ispitati bubrežna funkcija i struktura!

- **Prije 31 dana** trudnoće, nema konkretnih organskih sustava koji mogu biti pogođeni. Ukoliko se toksična ekspozicija dešava u tom periodu, plod će ili preživjeti bez posljedica ili će biti uništen.
- **Nakon 81 dana**, rast organa se nastavlja, no malformacija uslijed toga što majka uzima toksična sredstva (lijekove) je vrlo mala

- Sindrom ustezanja:

- Benzodijazepini u trudnoći predstavljaju rizik. Do 3x je veća koncentracija u fetusu nego u cirkulaciji majke, nužno je postupno smanjivanje doze da se izbjegnu smetnje ustezanja.
- Antidepresivi SSRI skupine također prema literaturi pokazuju sindrom ustezanja. Najčešće je opisan kod paroksetina.

Potencijalne štetnosti – prikaz radova (1):

Morag I, Batash D, Keidar R, Bulkowstein M, Heyman E. Paroxetine use throughout pregnancy: does it pose any risk to the neonate? J Toxicol Clin Toxicol. 2004;42(1):97-100.

A newborn of a SSRI-treated mother presented with lethargy, no crying, and no response to tactile stimulation. EEG findings were abnormal. Laboratory and clinical evaluations were normal. He recovered at the age of two weeks. Serotonin is a neurotransmitter that has an important roll in pain modulation during fetal neurodevelopment. We suspect these symptoms are attributed to the intrauterine exposure to paroxetine, through modulation of pain signals.

- Citalopram Use in Pregnancy Not Associated With Major Teratogenic Risk Reuters Health Information 2005 , Dec 16 <http://www.medscape.com/viewarticle/519962>
- The selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) citalopram may be used cautiously in pregnant women, according to a report from Canada. The researchers report no excess birth defect risk, although an increased risk of poor neonatal adaptation was seen with late use of citalopram. , "Our data suggest that pregnant women who require pharmacotherapy with citalopram may continue their treatment during pregnancy with close monitoring of their condition by a qualified medical professional." *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2004-2009.

- A general rule of thumb is that the more "intoxicating" or "sedating" an agent is, the more likely it is to cross the placenta. For example, maternal use of alcohol, nicotine, and cocaine have been associated with fetal malformations.

- Diane Seibert, RN, MS, CRNP Management of Common Illnesses During Pregnancy

-Drug Risk Categories in Pregnancy

- **A = Controlled studies in women fail to demonstrate a risk to the fetus**
- **B = "Best"**
- **C = "Caution" Adverse fetal effects in animals, no controlled trials in humans.**
- **D = "Danger"**
- **X = Strong evidence of fetal abnormality**

Rizici uzimanja sedativa u ranoj trudnoći:

- W. Perry Dickinson Hypnotic Drugs in Early Pregnancy, <http://www.medscape.com/viewarticle/485338>
- There are few human studies or case reports about the use of most of the other benzodiazepines during pregnancy, although several have shown similar possible associations with various birth defects. At this point, all of the benzodiazepines have been rated as either **Category D** (or **Category X**, in the case of the hypnotics temazepam, triazolam, and flurazepam).
- Zolpidem, a non-benzodiazepine hypnotic, has been rated by its manufacturer as Category B.

- Benzodiazepines, in risk category D, are rarely used in the management of depression and they are not frequently used during pregnancy. If a reproductive-age woman is prescribed a benzodiazepine, she should be instructed to use effective contraception to avoid pregnancy while taking the drug. These drugs are highly lipophilic and cross the placenta very easily. Fetal serum levels of benzodiazepines can be 1-3 times higher than maternal levels. When discontinuing benzodiazepines, it is critical to taper doses gradually (25% per week) in order to avoid a withdrawal syndrome

#### Rizici neliječene depresije u trudnoći:

- **Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression during pregnancy.** Can Fam Physician. 2004 Jan;50:37-9.
- A growing body of literature investigating the effects of not treating depression on mother and developing fetus suggests that untreated depression is associated with adverse fetal outcomes and a higher risk of maternal morbidity, including suicide ideation and attempts, and postpartum depression.

- **David Zitner\* and Angela Bischoff Using antidepressants during pregnancy** CMAJ • November 8, 2005; 173 (10). doi:10.1503/cmaj.1050149.
- We have **not found any well-controlled studies showing that antidepressants reduce the risk of suicide in pregnancy, nor strong evidence that antidepressant medications are substantially more effective than placebo in reducing the pain of depression in pregnant women.**
- Koren is reported to have said, elsewhere, "What we found was that [among] pregnant women who **use Paxil through pregnancy until birth, their offspring are more likely to have several stormy weeks at infancy.**"
- In the absence of strong evidence that antidepressant medications are helpful, it seems reasonable to conclude that pregnant women and women of childbearing age, at least, should avoid taking antidepressants.

#### Zaključak (1):

- Svakako je potrebno pribjeći psihoterapijskim tehnikama te odgovarajućoj psihološkoj potpori i pripremi trudnice kako bi se uz što manje lijekova postigla zadovoljavajuća kvaliteta života trudnice i izbjegla zloraba opasnijih droga ili supstanci.

#### Zaključak (2):

- podešavanje doze ovisno o fazi trudnoće, uz oprez kod prekidanja lijekova koji bi mogli prouzročiti sindrome ustezanja i na taj način dodatno ugroziti dijete.

#### Zaključak (3):

- Nužno je da se terapeut koji propisuje tretman za tjeskobu i depresiju posebno savjetuje sa pedijatrima i ginekolozima, a svakako kad je moguće i sa obitelji.

## Zaključak (4):

- da li uzeti lijekove za panični poremećaj ili koristiti samo psihoterapiju i psihološku potporu nije laka, niti ima jednoznačan odgovor. No u trudnoći, kao i po porodu, nikako se ne smije zanemariti značaj potrebe prepoznavanja smetnji kao što su tjeskoba, panične atake ili depresija, te je potrebno pomno pratiti psihičko stanje i pružiti adekvatnu pomoć ženi u ovom osjetljivom periodu života.

Kontakt:

e-mail: [dr@moravek.net](mailto:dr@moravek.net)

Web: <http://www.moravek.net>



Davor Moravek

Klinička Bolnica "Sestre Milosrdnice"

Klinika za psihijatriju

Vinogradska c. 29

10000 Zagreb, Croatia

