

اختلالات روانپزشکی و حاملگی (مقاله مروری)

چکیده

دکتر شاهین آخوندزاده^{۱*}

دکتر لادن کاشانی^۲

۱. مرکز تحقیقات روانپزشکی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. مرکز تحقیقات بهداشت باروری، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

بروز و پیشرفت علایم بیماری‌های روانی شایع در حاملگی مشکل آفرین بوده و موجب اختلال توانایی زنان در پذیرش تغییرات ایجاد شده به دنبال تولد فرزند می‌شود. بیماری‌های روانی بر تغذیه، مراقبت‌های پره‌ناتال و نتیجه حاملگی تأثیر نامطلوبی دارند. اگر علایم در دوران بعد از زایمان ادامه یابد، با تماس مادر و نوزاد و در نهایت تکامل رفتاری و شناخت کودک تداخل ایجاد خواهد کرد. با توجه به این نتیجه سوء، اهمیت تشخیص و درمان بیماری‌های روانی به صورت زودرس و قبل از زمان تولد نوزاد؛ روشن خواهد شد.

با توجه به هم پوشانی بین علایم بیماری و علایم حاملگی، تشخیص بعضی از اختلالات روانپزشکی در طی حاملگی مشکل‌تر است. همچنین درمان اختلالات شدید به علت اثرات نامطلوب داروهای روانپزشکی بر جنین و نوزاد و زن حامله، پیچیده‌تر می‌باشد. این مقاله به مرور یافته‌ها در مورد تظاهرات و سیر بیماری‌های شایع روانی در حاملگی می‌پردازد.

کلمات کلیدی: اختلالات روانپزشکی، حاملگی، زایمان

*نشانی: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، مرکز تحقیقات روانپزشکی، تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲، شماره: ۵۵۴۱۹۱۱۲
پست الکترونیک: s.akhond@neda.net

افسردگی اساسی

افسردگی اساسی، حالتی است که با دوران ثابتی از خلق پایین و فقدان لذت و علاقه مشخص می‌شود و همراه بعضی یا تمام علائم ذیل می‌باشد: اختلالات خواب، تغییرات اشتها، اشکال در تمرکز، برانگیختگی یا کندی سایکوموتور، کاهش انرژی، احساس گناه، بی‌ارزش بودن، افکار پی‌درپی در مورد مرگ و یا خودکشی. از آنجایی که در طی حاملگی طبیعی، اختلالات خواب، افزایش وزن و کاهش اشتها وجود دارد، تشخیص افسردگی در این دوران ممکن است مشکل‌تر شود [۱-۳]. استفاده از راهبرد غربالگری که بر تغییرات خلق و شناخت در طی افسردگی تأکید می‌کند، باعث تسریع در تشخیص می‌شود. این راهبرد می‌تواند شامل پرسش‌های صورت گرفته در مراقبت‌های پره‌ناتال و یا استفاده از ابزارهای غربالگری استاندارد باشد.

بعضی از زنان، در معرض خطر فزاینده‌ای برای ابتلا به افسردگی نسبت به دیگران در طی حاملگی هستند:

- سابقه افسردگی اساسی، سابقه اختلال دیس‌فوریک قبل از قاعدگی
- حمایت اجتماعی ناکافی، شامل اختلاف با شریک زندگی یا فقدان شریک زندگی
- سطح بالای استرس
- سابقه از دست دادن حاملگی

در صورت درمان نشدن افسردگی اساسی در طی حاملگی، سلامت جنین و مادر می‌تواند به طور مشخص به مخاطره بیفتد. کاهش اشتها، باعث کاهش وزن و در نتیجه عقب ماندن رشد داخل رحمی جنین می‌شود. کاهش انرژی و انگیزه، به کاهش انجام مراقبت‌های پره‌ناتال می‌انجامد [۱-۳]. افسردگی درمان نشده در طی حاملگی همراه با افزایش مصرف سیگار و مواد مخدر بوده و هر یک از این موارد می‌توانند بر سلامت مادر و تکامل جنین اثرات سوء داشته

باشند. عوارض حاملگی همانند زایمان زودرس و جدا شدن جفت در مادران افسرده شایع‌تر است. شایع‌ترین خطر افسردگی اساسی درمان نشده، خودکشی می‌باشد. با وجود آن که بعضی داده‌ها نشان دهنده کاهش خطر خودکشی در حاملگی می‌باشند [۴]، سایر مطالعات نشان داده‌اند خودکشی همچنان به عنوان یک خطر عمده در حاملگی مطرح است، به ویژه در زنانی که خواهان سقط جنین بوده اما قادر به انجام آن نیستند. همچنین در کسانی که توسط همسرشان ترک شده‌اند و زنانی که سابقه مکرر از دست دادن فرزندان قبل را داشته‌اند [۴].

اطلاعاتی وجود دارند که نشان می‌دهند عدم درمان افسردگی در طی حاملگی باعث بروز عوارضی در رفتار نوزاد می‌شود. با مشاهده بلافاصله بعد از تولد نوزادان، دیده شده که نوزادان مادران افسرده بیشتر گریه می‌کنند و آرام کردن آنها سخت‌تر است. به نظر می‌رسد که این اثر مستقل از میزان افزایش وزن در طی حاملگی، سوء مصرف مواد طی حاملگی، طول مدت زایمان، استفاده از داروهای بیهوشی و بی‌حسی در طی زایمان، نیاز به سزارین و نمره آپگار نوزاد باشد [۱-۳].

افسردگی خفیف، به ویژه هنگامی که توسط عوامل تنش‌زای خاص شعله‌ور شده و حساس به عوامل وضعیتی باشد، ممکن است به روان‌درمانی پاسخ دهد. روان‌درمانی رفتاری شناختی با مشخص کردن فرضیات خاص و باورها و رفتارهایی که باعث خلق افسرده می‌شود، بر تغییر این باورها و رفتارها تمرکز دارد. درمان بین فردی بر مشکلات نقش‌های اجتماعی به ویژه قوانین کار توجه دارد و به بیماران برای افزایش مهارت‌های تطابقی بین فردی کمک می‌کند. از آنجایی که حاملگی دورانی است که در آن نقش‌های اجتماعی تغییرات اساسی می‌یابند، به نظر می‌رسد این شکل از درمان در افسردگی دوران حاملگی و جلوگیری از افسردگی دوران نفاس بسیار مؤثر باشد [۱-۳].

با وجود آن که حاملگی به خودی خود باعث شعله‌ور شدن اپیزودهای مانیا نمی‌شود، بسیاری از بیماران به دنبال حاملگی داروهای تثبیت کننده خلق خود را قطع می‌نمایند. تمام داروهای تثبیت کننده خلق دارای پتانسیل اثرات سوء بر تکامل جنین، همانند افزایش احتمال آنومالی‌های مادرزادی هستند [۷-۱۱].

جداول ۱ و ۲ داروهایی که نباید در حاملگی مصرف شوند و همچنین اثرات داروهای سایکوتروپیک را در دوران حاملگی شرح می‌دهند [۱۹-۱۲].

عواملی که باید در ایجاد توازن بین خطر مانیای درمان نشده در مقابل خطر انجام درمان، در نظر گرفته شوند عبارتند از: اپیزودهای قبل، شدت بیماری، توانایی زن در تشخیص زودرس علائم اپیزود حاد، حمایت اجتماعی از وی، استرس‌سورهای جدید که می‌توانند باعث شعله‌ور شدن اپیزود خلقی شوند و ارتباط وی با طیب. در طی سه ماهه اول حاملگی، درمان الکتروشوک درمان جایگزین مقبولی نسبت به داروهای تراتوزن می‌باشد [۷-۹].

اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی اختلال مزمنی است که با اپیزودهای علائم سایکوتیک همراه با علائم باقی مانده در بین اپیزودها مشخص می‌گردد و باعث اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی می‌شود [۲۰، ۲۱]. قبل از در دسترس بودن داروهای آنتی‌سایکوتیک مؤثر فعلی، بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مراکز نگهداری برای مدت‌های طولانی بستری می‌شدند؛ جایی که فعالیت جنسی محدود می‌شد. میزان باروری با معرفی داروهای نورولپتیک و کاهش نگهداری در مراکز نگهداری افزایش یافت. معرفی داروهای آنتی‌سایکوتیک جدید که باعث افزایش پرولاکتین نمی‌شوند، باعث افزایش بیشتر باروری شده

اپیزودهای شدیدتر افسردگی، شامل افسردگی همراه با سایکوز، افسردگی که قابل انتساب به استرسور خاص نباشد و افسردگی که به روان درمانی پاسخ ندهد، نیازمند درمان با داروهای ضد افسردگی و یا الکتروشوک می‌باشد. در چنین مواردی ارجاع به یک روانپزشک که می‌تواند میزان خطر درمان را در مقابل خطر علائم درمان نشده بسنجد، توصیه می‌شود [۱-۶].

اختلال دو قطبی

اختلال دو قطبی با اپیزودهای اختلال در خلق که شامل دوره‌های افسردگی اساسی، مانیا و هیپومانیاست، مشخص می‌شود. بعضی از اپیزودها که mixed نامیده می‌شوند شامل اشکالی از افسردگی و مانیا به طور هم‌زمان می‌باشند. علائم مانیا شامل کاهش نیاز به خواب، افزایش فعالیت، کلام سریع، خود بزرگ بینی و رفتارهای آنی است. دوره‌های مانیا با افزایش فعالیت جنسی و قضاوت ضعیف مشخص می‌شود که به حاملگی برنامه‌ریزی نشده می‌انجامد [۷-۹].

وجود رفتارهای پرخطر احتمال ابتلا به عفونت HIV و سایر بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی را افزایش می‌دهد. استفاده از مواد مخدر که در طی فاز فعال مانیا بیشتر می‌شود، این خطر را افزایش می‌دهد [۱۰]. در طی فاز مانیا، زن قادر به پذیرفتن مداخلات لازم برای عوارض حاملگی نمی‌باشد. مثلاً در زنی که علائم حاد مانیا را دارد و دچار زایمان زودرس شده است، قبول کردن داشتن استراحت غیر ممکن است و یا درمان دیابت حاملگی در طی اپیزود مانیا می‌تواند بسیار مشکل باشد. حتی در غیاب این عوارض، مانیا با توانایی زن در نگهداری از فرزندش؛ تداخل ایجاد می‌کند [۷-۹].

اختلال پانیک

اختلال پانیک شامل اپیزودهای راجعه احساس وحشت همراه با علایم فیزیکی، در نتیجه برانگیختگی سیستم سمپاتیک می‌باشد. اکثر بیماران با سابقه اختلال پانیک؛ دچار تغییر در شدت و فرکانس حملات در طی حاملگی نمی‌شوند. زنانی که تغییری در علایم خود را دارند، معمولاً کاهش فرکانس و شدت علایم را ذکر می‌کنند. این مسأله ممکن است به دلیل اثرات ضد اضطرابی بعضی از متابولیت‌های پروژسترون که به صورت آگونیست GABA در سامانه اعصاب مرکزی فعالیت دارند؛ باشد [۳۰]. همچنین پروژسترون باعث افزایش تهویه و کاهش دی‌اکسیدکربن شده که به نوبه خود احتمال حملات پانیک را کاهش می‌دهد. همچنین ممکن است پاسخ سیستم اعصاب سمپاتیک در طی حاملگی کم باشد. حملات پانیک که در طی حاملگی اتفاق می‌افتند، می‌توانند اثرات سویی بر سلامت جنین داشته باشند. گزارش شده که اضطراب مادر می‌تواند بر حرکت و همودینامیک جنین مؤثر باشد. گزارش‌هایی از حملات پانیک که باعث جدا شدن جفت و یا اشتباه شدن با پره اکلامپسی می‌شوند، وجود دارد. حملات پانیک همراه با آگورافوبیا با مراجعه بیمار جهت ویزیت‌های پره‌ناتال و یا مراجعه به بیمارستان جهت انجام زایمان تداخل ایجاد می‌کند [۳۰، ۳۱].

اختلال پانیک را می‌توان با روش‌های آرام‌سازی، درمان‌های رفتاری - شناختی و همچنین با دارو درمان نمود. بسیاری از داروهای ضد افسردگی دارای اثرات ضد پانیک می‌باشند (درمان اختلال پانیک توسط داروهای ضد افسردگی نسبت به بنزودیازپین‌ها مؤثرتر و بی‌خطرتر می‌باشد) [۳۰، ۳۱].

است. متأسفانه میزان بالایی از حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده و در نتیجه از دست دادن حق سرپرستی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی وجود دارد. زنان مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به زنانی که بیماری روانی ندارند، بیشتر دچار عوارض حاملگی می‌شوند. به نظر می‌آید این مسأله به دلیل ترکیبی از عوامل ژنتیکی و تأثیر بیماری بر رفتار بیمار در طی حاملگی باشد. در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی درصد بالایی از سوء مصرف مواد و فقر وجود داشته و به نظر می‌آید بیش از زنان غیر مبتلا به بیماری روانی، قربانی خشونت شوند. زنان مبتلا به اسکیزوفرنی کمتر مراقبت‌های پره‌ناتال را دریافت می‌کنند که قسمتی از آن به علت تأخیر در تشخیص حاملگی و قسمتی نیز به دلیل موانع فرهنگی - اجتماعی می‌باشد. محدودیت‌های اقتصادی و ترس از دست دادن اختیار حقوقی از جمله این موارد هستند. بعضی از زنان به ویژه آنهایی که سابقه از دست دادن حق سرپرستی فرزند قبلی خود را دارند، به صورت هذیانی حاملگی خود را انکار می‌کنند [۲۸-۲۲].

همچنین سایکوز باعث اختلال در تشخیص حاملگی شده که به زایمان شتاب زده و بدون نظارت می‌انجامد و به نوبه خود می‌تواند سبب مرگ نوزاد شود [۲۹].

علاوه بر داروهای آنتی‌سایکوز، حمایت روانی و اجتماعی نیز می‌تواند سبب بهبود نتیجه حاملگی شود. این حمایت شامل برنامه آموزش روانی در مورد حاملگی و زایمان، کمک به زنان جهت کنار آمدن با مسأله از دست دادن حق سرپرستی فرزند قبلی و بحث در باره برنامه تنظیم خانواده می‌باشد. در بعضی از شرایط خاص همانند انکار سایکوتیک حاملگی، بستری در بخش روانپزشکی ممکن است لازم باشد، در این صورت همکاری بین روانپزشک و متخصص زنان می‌تواند سبب بهبود مراقبت حاملگی و نتیجه کلی باشد [۱۷].

اختلال وسواسی-جبری

کاهش اضطراب فزاینده و کنترل بر خود می‌کوشند تا همه مراحل لیبر را تحت کنترل خود در آورند. بعضی دیگر از بیماران ممکن است قادر به همکاری در مراحل لیبر نباشند. مثلاً عضلاتی که باید شل باشد را سفت نموده و از زور زدن برای خارج شدن جنین خودداری می‌نمایند. بعضی در غیاب اندیکاسیون‌های مامایی، خواهان انجام سزارین هستند. تمام این واکنش‌ها می‌تواند باعث ایجاد استرس در پرسنل مامایی شود، مگر این که علایم بیماران قبلاً تشخیص داده شده و درمان شوند [۵].

درمان مؤثر علایم PTSD در طی زایمان، یافتن راه‌هایی برای برانگیختن کنترل بیمار بر وقایعی است که باعث پیشرفت زایمان و نه مداخله با آن می‌شوند. حمایت جانبی؛ همانند حضور یک ماما ممکن است این درمان را تسریع کند. بعد از زایمان، روان درمانی باعث جلوگیری از مزمن شدن علایم شده و از تداخل روابط مادر و جنین ممانعت به عمل می‌آورد [۵].

اختلالات خوردن

اختلال خوردن می‌تواند حاصل توجه جامعه به مسأله لاغری می‌باشد. بی‌اشتهایی عصبی با کاهش وزن به صورت ناتوانی در نگهداشتن وزن بدن در سطح ۸۵٪ وزن افراد سالم هم قد مشخص می‌شود. کاهش وزن همراه با ترس زیاد از افزایش وزن و اختلال تصور فرد از وضعیت بدن می‌باشد به گونه‌ای که بیمار کاشکتیک خود را چاق می‌داند. کاهش وزن به دنبال رژیم گرفتن، استفراغ عمدی، فعالیت زیاد، و یا مصرف داروهایی همانند مواد مسهل؛ دیورتیک و هورمون‌های تیرویدی ایجاد می‌شوند [۵، ۳۳].

افراد مبتلا به پرخوری عصبی معمولاً وزن طبیعی دارند اما بسیاری دچار اختلالات الکترولیتی و عوارض دارویی

اختلال وسواسی - جبری، با وسواس و یا اجبار عود کننده که با عملکرد تداخل دارد مشخص می‌شود. حاملگی می‌تواند باعث شروع یا بدتر شدن این اختلال شود. همچنین علایم می‌تواند اثرات سوپی بر سلامت مادر و جنین داشته باشد. مثلاً ترس وسواسی از آلودگی باعث دوری آنها از بسیاری از غذاها شده و مانع تغذیه مناسب می‌شود. رفتار درمانی، شیوه‌ای بسیار مؤثر برای اختلال وسواسی-جبری به تنهایی و یا در موارد شدیدتر بیماری همراه با دارو درمانی می‌باشد. داروهایی که بر سطوح سروتونین اثر دارند همانند کلومی پرامین و یا مهار کننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI) برای این هدف می‌توانند مؤثر باشند [۳۲].

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

اختلال استرس پس از سانحه شامل مجموعه علایمی است که به دنبال حادثه تروماتیک ایجاد می‌شوند. در زنان این حوادث معمولاً شامل سوء استفاده جنسی از آنان یا فرزندانشان، تجاوز، سوء استفاده فیزیکی، سقط و یا سرطان پستان می‌باشد. همچنین زایمان تروماتیک می‌تواند منجر به PTSD شود. علایم PTSD شامل تجدید خاطرات و یادآوری آن به صورت ناخواسته بوده و بیمار از موقعیت‌های یادآوری کننده آن دوری می‌نماید. بیمار بیش از حد تحریک پذیر شده و روابط اجتماعی قطع می‌شود. در بعضی زنان حاملگی؛ لیبر و زایمان باعث تشدید PTSD می‌شوند. این مسأله به ویژه زمانی که حاملگی به دنبال تجاوز ایجاد شود و یا حاملگی و لیبر خاطرات سوء استفاده جنسی قبلی و یا لیبر تروماتیک قبلی را یادآوری نماید، بیشتر است. PTSD در طی لیبر تظاهرات منحصر به فردی دارد. بعضی زنان در تلاش برای

جدول ۱- داروهایی که نباید در دوران حاملگی مصرف شوند

<p>در سه ماهه اول بارداری</p> <p>کاربامازپین، سدیم والپروات، لیتیوم، داروهای آنتی سایکوتیک کلاسیک (Low potency)</p> <p>در سه ماهه سوم در حین زایمان</p> <p>بنزودیازپین با دوز بالا</p> <p>در تمام دوران بارداری</p> <p>مهارکننده‌های MAO</p>
--

جدول ۲- اثرات داروهای سایکوتروپیک در دوران حاملگی

<p>بنزودیازپین ها</p> <p>مصرف داروهای بنزودیازپین با دوز بالا موجب سندرم محرومیت در نوزاد می‌گردد که علائم آن شامل تحریک پذیری، بی‌قراری، آپنه، سیانوز، بی‌حالی و شلی می‌باشد. اثرات طولانی مدت گزارش نشده است.</p> <p>داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای</p> <p>داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای مصرف بسیار رایج در دوران بارداری دارند. خطر بروز اثرات تراتوژنیک کمی دارند و سندرم محرومیت در نوزادان گزارش شده است.</p> <p>مهارکننده‌های MAO</p> <p>مصرف داروهای مهار کننده MAO در دوران بارداری منع شده است. مصرف آن همراه با ناهنجاری‌های مادرزادی می‌باشد.</p> <p>داروهای آنتی سایکوتیک کلاسیک</p> <p>انواع Low potency باعث ایجاد ناهنجاری‌های مادرزادی می‌شود.</p> <p>داروهای آنتی سایکوتیک غیر کلاسیک</p> <p>اطلاعات محدودی وجود دارد.</p> <p>تثبیت کننده‌های خلق</p> <p>سدیم والپروات و کاربامازپین باعث نقایص لوله عصبی، کاهش وزن نوزاد و ترومبوسیتوپنی می‌شوند. لیتیوم باعث افزایش خطر آنومالی Ebstein می‌شود.</p>
--

اثرات فیزیولوژیک و روانی-اجتماعی حاملگی بر روی زنی که مبتلا به اختلالات غذا خوردن است، می‌تواند بسیار پیچیده باشد. از یک طرف اهمیت مراقبت از جنین می‌تواند باعث توقف محدودیت شدید غذا و استفاده از مواد مسهل توسط مادر شود؛ به این دلیل بسیاری از زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در طی حاملگی بهبود می‌یابند. از طرف دیگر حاملگی باعث تشدید تضاد با فعالیت جنسی، تصور از

می‌شوند. بی‌اشتهایی عصبی باعث نامنظم شدن قاعدگی و یا آمنوره شده و در نتیجه اختلال در باروری ایجاد می‌شود. با وجود این بعضی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی حامله می‌شوند. نامنظم بودن قاعدگی و فقدان افزایش وزن باعث تأخیر در تشخیص حاملگی می‌شود. افزایش وزن مرتبط با حاملگی به گرفتن رژیم سخت‌تر منجر می‌شود.

نگهداشتن این سطح از افزایش وزن ناموفق باشد و یا اگر عوارض طبی خطرناکی ایجاد شود، ممکن است بستری کردن بیمار در بخش روانپزشکی لازم باشد [۵، ۳۳].

نتیجه

حاملگی می‌تواند تظاهرات، دفعات بروز، شدت و خطرات اختلال روانپزشکی را تغییر دهد. دانستن این تغییرات و مداخله در مورد نیازهای خاص زن حامله باعث بهبود نتیجه حاملگی برای مادر و نوزاد وی می‌شود. مداخله مؤثر در طی حاملگی؛ باعث جلوگیری از ایجاد تظاهرات روانپزشکی در دوران نفاس؛ که زمان پرخطری برای تشدید افسردگی اساسی؛ اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال پانیک، اختلال وسواسی-جبری و اختلالات غذا خوردن است؛ می‌شود. ویزیت‌های پره‌ناتال فرصت مناسبی برای تعیین زودرس علائم و درمان مناسب آنها می‌باشد.

بدن و کنترل بر خود شده که به مشخص تر شدن اختلال غذا خوردن می‌انجامد. همچنین القای استفراغ در حضور استفراغ حاملگی آسان‌تر است. به این دلیل؛ در بیماری که مبتلا به استفراغ شدید حاملگی می‌باشد غربالگری از نظر وجود اختلالات غذا خوردن لازم است [۵، ۳۳].

بیمارانی که علائم اختلال خوردن آنها در طی حاملگی باقی می‌ماند، بیشتر است. هر چند در زنانی که سابقه اختلالات خوردن را دارند و در طی حاملگی بدون علامت هستند؛ حاملگی زمان پرخطری برای عود علائم آنها نمی‌باشد.

درمان اختلالات خوردن در طی حاملگی شامل طیفی از شیوه‌های روان درمانی می‌باشد. روان درمانی سایکودینامیک ممکن است جهت فهم علل ایجاد کننده اختلال غذا خوردن لازم باشد. روش‌های رفتاری شامل تعیین شعله‌ورکننده‌های خاص اختلال خوردن و آموزش روش‌های جایگزین برای درمان اضطراب می‌باشد. اگر درمان سرپایی بیمار در

Psychiatric disorders and pregnancy

SH. Akhondzadeh¹ *
L. Kashani²

1. Psychiatry Research Center,
Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

2. Shariati Hospital, Fertility Health
Research Center, Tehran University
of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Psychiatric disorders are common in women during their childbearing years. Special considerations are needed when psychotic disorders present during pregnancy. Early identification and treatment of psychiatric disorders in pregnancy can prevent morbidity in pregnancy and in postpartum with the concomitant risks to mother and baby. Nevertheless, diagnosis of psychiatric illnesses during pregnancy is made more difficult by the overlap between symptoms of the disorders and symptoms of pregnancy. In majority of cases both psychotherapy and pharmacotherapy should be considered. However, psychiatric disorders in pregnancy are often under treated because of concerns about potential harmful effects of medication. This paper reviews findings about the presentation and course of major psychiatric disorders during pregnancy.

Keywords: Psychiatric disorders; pregnancy; delivery

* Roozbeh Hospital, South Kargar Ave.,
Tehran, Iran, Tel: +98(21)55412222, Fax:
+98(21)55419112,
Email: s.akhond@neda.net

References

- O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch of Gener Psychi* 1986; 43: 569-573.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet and Gynecol* 2000; 95: 487-90.
- Nonacs R, Cohen LS. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update. *Psychiat Clin of Nor Am* 2003; 26:547-62.
- Marzuk M, Tardiff K, Leon AC. Lower risk of suicide during pregnancy. *American J of Psychiat* 1997; 154: 122-3.
- Pearson KH, Nona's R, Cohen LS. Practical guidelines for the treatment of Psychiatric disorders during pregnancy. In: Pearson K H, Sonawalla SB, Rosenbaum JF (eds). *Women's Health and Psychiatry*. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins; 2002: P.115-23.
- Akhondzadeh s, Faraji H, Sadeghi M, Afkham K, Fakhrazadeh H, Kamalipour A. Double blind comparison of fluoxetine and nortriptyline in the treatment of moderate to severe major depression. *J of Clini Pharm and Therap* 2003; 28: 379-384.
- Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *The Canad J of Psychiat* 2002; 47: 426-36.
- Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L& et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J of Psychiat* 2004; 161:608-20.
- Ketter TA, Suppes T, Morrell MJ, Rasgon N, Cohen LS, Viguera AC. Reproductive health and bipolar disorder. *CNS Spectrum* 2006; 11 (Suppl): 1-16.
- Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *European J of Obstet Gynecol and Reprod Biol* 2005; 119:3-10.
- Akhondzadeh S, Rafiee-Milajerdi M, Amini H, Bathai FS, Kamalipour A. Allopurinol as adjunctive treatment for acute mania in hospitalized bipolar patients. *Therapy* 2005; 2: 739-744.
- Crombie DL, Pinsent RJ, Slater BC, Felleming D, Cross KW. Teratogenic drugs—Royal College of General Practitioners Survey. *BMJ* 1970; 4: 178-179.
- Kuenssberg EV, Knox JD. Teratogenic effect of anticonvulsants. *Lancet* 1973; 1:198.
- Edlund MJ, Craig TJ. Antipsychotic drug use and birth defects: An epidemiological reassessment. *Comparative Psychiat* 1984; 25: 32-37.
- Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW. A re-evaluation of risk of in utero exposure to lithium. *JAMA* 1994; 271: 146-150.
- McElhatton PR. The effects of benzodiazepine use during pregnancy and lactation. *Reprod Toxicol* 1994; 8: 461-475.
- Altshuler L, Cohen L, Szuba MP. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *Am J of Psychiat* 1996; 153: 592-606.
- Iqbal MM. The effects of valproic acid on fetuses, neonates, and nursing infants. *Psychiat Annals* 2000; 30: 221-227.
- Patton SW, Misri S, Corral MR. Antipsychotic medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: Evaluating the risk. *The Canad J of Psychiat* 2002; 47: 959-965.
- Mohammadi MR, Akhondzadeh S. Schizophrenia: etiology and pharmacotherapy. *IDRUGS* 2001; 4: 1167-1172.
- Akhondzadeh S. Pharmacotherapy of schizophrenia: The past, present and future. *Current Drug Therapy* 2006; 1: 1-7.
- Levinson AJ, McKenna AKE, Koren G, Zipursky RB. Pregnancy outcome in women receiving atypical antipsychotic drugs: A prospective, multicenter, controlled study. *Schizophrenia Research* 2003; 60 (Suppl 1): 361.
- Gentile S. Clinical utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *Annal of Psychother* 2004; 38:1265-71.
- Akhondzadeh S, Nejatiasafa AK, Amini H, Larijani B, Kashani L, Raisi F, Kamalipour. Adjunctive estrogen treatment in women with chronic schizophrenia: a double blind, randomized and placebo controlled trial. *Progress in Neuropsychopharmacol and Biol Psychiat* 2003; 27: 1007-1012.
- Akhondzadeh S, Mokhberi K, Amini H, Larijani B, Kashani L, Hashemi L, AK Nejatiasafa, Shafaei AR. Is there a relationship between estrogen serum level and symptoms severity over the menstrual cycle of schizophrenics? *Therapy* 2005; 2: 745-751.
- Trixler M, Gati A, Fekete S, Tenyi T. Use of antipsychotics in the management of schizophrenia during pregnancy. *Drugs* 2005; 65: 1193-206.

27. Ekeus C, Olausson PO, Hjern A. Psychiatric morbidity is related to parental age: a national cohort study. *Psychol Med* 2006; 36: 269-76.
28. Clarke MC, Harley M, Cannon M. The role of obstetric events in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2006; 32: 3-8.
29. Herman DB, Brown AS, Opler MG, Desai M, Malaspina D, Bresnahan M, Schaefer CA, Susser ES. Does unwantedness of pregnancy predict schizophrenia in the offspring? Findings from a prospective birth cohort study. *Soc Psychiat and Epidemiol*. 2006; 41: 605-10.
30. Cohen LS, Sichel DA, Faroane SV. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiat* 1996; 39: 950-4.
31. Hertzberg T, Wahlbeck K. The impact of pregnancy and the puerperium on panic disorder: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology* 1999; 20: 59-64.
32. Buttolph ML, Holland AD. Obsessive compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenike M, Baer L, Minichiello WE, editors. *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. 2nd ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1990: P. 89-95.
33. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiat of Scandin* 1988; 77: 611-617.