

Επιλόχεια κατάθλιψη: Ανασκόπηση

Μάρθα Μωραΐτου, Μαΐα, Καθηγ. Εφαρμογών, Προϊστ. Τμήμ. Μαιευτικής ΣΕΥΠ, ΤΕΙΘ.

Οι γυναίκες μετά τον τοκετό παρουσιάζουν κίνδυνο να εκδηλώσουν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι προβληματική, εξαιτίας του κοινωνικού ρόλου που απαιτείται από τις μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας. Για παράδειγμα, οι μητέρες πρέπει να προσφέρουν άμεση και σημαντική φροντίδα στα βρέφη τους. Επίσης, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στη σχέση τους με το σύζυγο ή το σύντροφό τους και συχνά πιστεύουν ότι πρέπει να επανεξετάσουν τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειάς τους και τους φίλους τους. Επιπλέον, συχνά χρειάζεται να κάνουν ρυθμίσεις στους εργασιακούς τους ρόλους, για να προσαρμόσουν τη φροντίδα που απαιτείται για τα βρέφη τους.¹

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή, που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η "επίθεση" της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει "καταστροφή" και διαφωνία στη ζωή της γυναίκας.²

Η επιλόχεια κατάθλιψη, επίσης, είναι συχνή και σοβαρή νόσος, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι υποδιαγνώσκεται, αφού τις περισσότερες φορές η ασθενής μητέρα δεν αναζητά ψυχιατρική βοήθεια. Γι' αυτό, είναι εξαιρετικά προληπτικής σημασίας η αναγνώριση και η έγκυρη και αποτελεσματική

θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, όπως μαιές, γυναικολόγους, παιδίατρους κ.ά., που έρχονται κατά την περίοδο αυτή σε επαφή με τη μητέρα.³

Τί είναι η επιλόχεια κατάθλιψη

Στην ταξινόμηση ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1992), η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία: "Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού". Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως διαταραχή της διάθεσης, που εμφανίζεται κατά τη λοχεία.³

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatry Association, 1994), η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό. Στη βιβλιογραφία το διάστημα αυτό κυμαίνεται από τέσσερις εβδομάδες έως έξι μήνες, με αποτέλεσμα η αναφερόμενη επικράτηση της διαταραχής αυτής να εμφανίζει μεγάλη απόκλιση από μελέτη σε μελέτη.⁴ Ωστόσο, αρκετός λόγος έχει γίνει, ώστε να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξε-

χωριστή κλινική οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο.³

Ιστορικά στοιχεία

Είναι γεγονός, ότι το 40%-60% των λεχωίδων αναφέρει πως νιώθει κατάθλιψη. Με το φαινόμενο αυτό ασχολήθηκε πριν από εκατοντάδες χρόνια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, οποίος περιέγραψε μια γυναίκα που μετά τη γέννηση διδύμων έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα.⁵ Γι' αυτή τη μορφή της κατάθλιψης ο Ιπποκράτης έδινε μια κάπως μπερδεμένη βιολογική ερμηνεία. Ισχυριζόταν πως επρόκειτο για επιπτώσεις από τα λόχεια, που δεν αποβλήθηκαν από τον οργανισμό, καθώς και από τη διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο, που συνοδευόταν με ξαφνική εισροή αίματος στους μαστούς.

Επίσης, και στις περιγραφές των νοσοκομείων αναφέρεται, πως στους προηγούμενους αιώνες οι πτέρυγες για τις λεχώνες είχαν τα παράθυρα φραγμένα με κάγκελα, ως μέτρο προφύλαξης κατά κάποιες, υποτίθεται, "απονενομημένης" ενέργειας από τις νέες μητέρες.⁶ Η μελέτη άρχισε με τον Esquirol το 1845, και τον Marce το 1858, και συστηματοποιήθηκε μετά το 1950.⁷

Συχνότητα

Ο κίνδυνος να αναπτύξει η μητέρα επιλόχεια κατάθλιψη είναι αρκετά υψηλός. Έχει βρεθεί ότι μια στις δέκα λεχωίδες, χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη. Αν

υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωίδες παρουσιάζει επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχωίδες θα ξαναπαρουσιάσει ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη επιλόχεια περίοδο.³

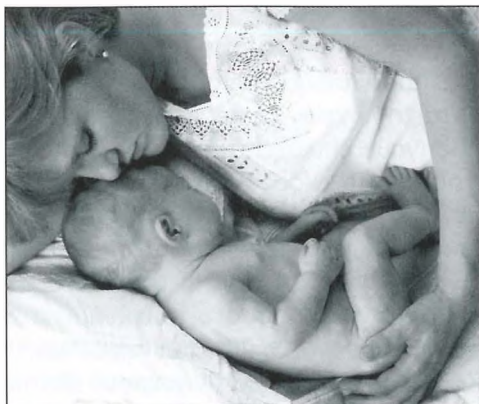
Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό, που κυμαίνεται από το 10 μέχρι το 20% των λεχωίδων.^{8,9} Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι το ποσοστό αυξάνει ανησυχητικά και το ανεβάζουν μέχρι το 40%.¹⁰ Το ποσοστό για τις ενήλικες μητέρες φθάνει το 26%.¹⁸ Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο.¹¹ Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες.¹²

Οι άλλες ψυχικές διαταραχές που συναντάμε στη λοχεία, είναι η επιλόχεια ψύχωση και η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας¹⁰ (O'Hara και Zekoski, 1988). Η επιλόχεια ψύχωση αφορά το 0,8-2,5 των περιπτώσεων σε 1.000 τοκετούς¹² και χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις και αυταπάτες. Η πλειοψηφία των ψυχωτικών επεισοδίων συμβαίνουν κατά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας (postpartum blues) παρατηρείται στο 40-85% των λεχωίδων. Πρόκειται για παροδική μεταβολή της διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από κλάμα, αίσθημα δυσφορίας και συναισθηματική διαταραχή. Ξεκινά την 3η-4η ημέρα μετά τον τοκετό και διαρκεί 2-4 ημέρες.¹⁰

Κλινική εικόνα και συμπτώματα

Συνήθως, η έναρξη των συμπτωμάτων εγκαθίσταται μετά από 2-3 εβδομάδες



από τον τοκετό και τα συμπτώματα διαρκούν μερικούς μήνες. Αν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα, διαρκούν συνήθως έως και δύο χρόνια. Αρκετά συχνά έχει προηγηθεί επεισόδιο επιλόχειας ακεφιάς (postpartum blues). Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτήν ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.³

Τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη, συχνά συνοδεύονται από έντονο άγχος, επεισόδια πανικού, αυθόρμητο κλάμα πέρα από τη συνηθισμένη διάρκεια της επιλόχειας μελαγχολίας, έλλειψη ενδιαφέροντος για το νεογέννητο, αϋπνία, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, ιδέες αυτοκτονίας και ψυχαναγκαστικές σκέψεις για άσκηση βίας προς το παιδί. Μπορεί να χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά χαρακτηριστικά, όπως παραληρητικές ιδέες που αφορούν το νεογέννητο (ότι είναι δαιμονισμένο, ότι έχει ειδικές δυνάμεις κλπ.), ή ψευδαισθήσεις. Συχνά, μάλιστα, η παιδοκτονία σ' αυτή την περίπτωση συνδέεται με ψευδαισθήσεις, που δίνουν εντολή να θανατωθεί το νεογέννητο.¹³

Η συμπτωματολογία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με καταθλιπτική

διάθεση, περιλαμβάνει απώλεια της ευχαρίστησης, διαταραχές στην όρεξη και τον ύπνο, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, κούραση και απώλεια της ενεργητικότητας, δυσκολία στην προσοχή, τη συγκέντρωση και τη μνήμη, αισθήματα αναξιопάθειας, ανεπάρκειας και ενοχής και αυτοκτονικό ιδεασμό.¹¹

Στη συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης επίσης, σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV, η ασθενής μητέρα παραπονείται για έντονη λύπη, αδυναμία να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της, αίσθημα κόπωσης, αϋπνία και ανηδονία.¹²

Συχνά παρατηρείται διέγερση και ευφορικό συναίσθημα ή μεταλλαγές της ευφορικής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το ευφορικό συναίσθημα παρατηρείται κυρίως την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό και μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την τέταρτη. Θεωρείται ψυχογενούς αιτιολογίας και αποδίδεται στην ανακούφιση της λεχιάδας από την ομαλή έκβαση του τοκετού. Σε μερικές μητέρες το ευφορικό συναίσθημα παραμένει και κυριαρχεί στην κλινική εικόνα, χωρίς όμως να φτάνει στα επίπεδα της υπομανίας.⁷

Στο 30% περίπου των λεχιάδων παρατηρείται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό ημικρανίας. Διαρκεί όλη την ημέρα, είναι αμφοτερόπλευρη και μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία και εμετό. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή βρεφοκτονίας είναι μικρότερος σε σύγκριση με την ψύχωση της λοχείας και δεν ξεπερνά το 5%.¹²

Πολλές φορές τα συμπτώματα μιας κατάθλιψης μπορούν να εμφανιστούν πριν από τον τοκετό. Αυτό δεν θα πρέπει να εκπλήσσει εν όψει των πραγματι-

κών σωματικών δυσκολιών, όπως π.χ. στον ύπνο και στην κινητικότητα που υφίστανται περί το τέλος της εγκυμοσύνης, καθώς και των ανησυχιών για τον επικείμενο τοκετό. Όμως, τα συμπτώματα αυτά –σνηθισμένα σ' αυτή τη φάση– που ταιριάζουν σε μια ήπια κατάθλιψη, αντιμετωπίζονται τόσο από τις ίδιες τις εγκύους όσο και από τους συγγενείς και τους γιατρούς, ως φυσιολογικές αντιδράσεις συνάδουσες προς την κατάσταση. Πολλά επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης αναγγέλλονται από μια ασυνήθιστα βαριά λοχειακή αθυμία. Άλλοτε, τα προειδοποιητικά σημεία περιλαμβάνουν πρώιμα συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, που περικλείουν ιδεοληπτικό τρόπο σκέψης, αίσθημα απελπισίας, ημερήσια διακύμανση της διάθεσης και κακό ύπνο.⁴

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Προδιαθεσικούς παράγοντες για την επιλόχεια κατάθλιψη αποτελούν:

α) η εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης και μετά τον προηγούμενο τοκετό (η επικινδυνότητα σ' αυτή την περίπτωση είναι 50%-62%),

β) η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την προηγηθείσα κύηση ή κατά την υπάρχουσα κύηση,¹⁴

γ) το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης. Η συζυγική ασυμφωνία, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής, η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη, είναι προδιαθεσικοί παράγοντες όχι μόνο για την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και για τη επιλόχεια κατάθλιψη. Καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα είναι σνηθισμένα, εξαιτίας όλων των βιοψυχοκοινωνικών αλ-

λαγών που συνοδεύουν τη γέννηση ενός παιδιού.¹¹

Παράγοντες κινδύνου και αιτιολογικοί παράγοντες

Μητέρες που ήταν ευχαριστημένες από τις εμπειρίες της κύησης και του τοκετού τους, είχαν την τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές κατά τη λοχεία και το μετέπειτα διάστημα.

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, είναι η διάθεση της μητέρας τις τρεις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Φαίνεται, ότι η πολύ σύντομη παραμονή στο μαιευτήριο μπορεί να αυξήσει κατά πολύ την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Σε έρευνα που έγινε, οι λεχαιίδες που είχαν πάρει εξιτήριο μέσα σε 72 ώρες από τον τοκετό, είχαν πολύ αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης.¹¹

Οι αιτιολογικοί παράγοντες, που μπορεί να ενέχονται στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται πως είναι πολλοί, όμως, τα συμπεράσματα της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε. Γιατί, σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου η αιτιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει αίνιγμα.¹⁸

Οι Watson και συν. σε μια ανασκόπηση αναφέρουν, πως η κακή συζυγική σχέση, ο νευρωτισμός ως στοιχείο της προσωπικότητας και το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ήταν στοιχεία που συνδέονταν περισσότερο με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, το πρωτοτόκο ή όχι και ίσως η ηλικία, ήταν παράγοντες άσχετοι με την

ανάπτυξη της διαταραχής.

Κατά τον Inwood, οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου, είναι οι εξής:

1. Το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και ιδιαίτερα τα προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής.

2. Η εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα αν πρόκειται για πρώτη εγκυμοσύνη, καθώς και η ύπαρξη αμφιθυμίας από μέρους της εγκύου για τη διατήρησή της, όπως π.χ. σε περιπτώσεις εξώγαμης κύησης.

3. Η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, η έντονη εξάρτηση της λεχιάδας από το σύζυγο ή τους γονείς της και η απογοήτευση από τον εαυτό της.

4. Η έλλειψη θερμών σχέσεων με τους γονείς και ιδιαίτερα με το σύζυγο

Κληρονομικοί παράγοντες και προηγούμενο ιστορικό

Ποσοστό γυναικών μέχρι 30% που παρουσιάζουν ένα ιστορικό κατάθλιψης πριν από τη σύλληψη, θα αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Ο'Hara M.W., 1986).¹⁸ Ο σημαντικότερος πρότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι προηγούμενη εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.¹⁵

Οι Ο'Hara και συν. καθώς και Cambell και συν., έχουν αναφερθεί σε προγενέστερα προσωπικά ή οικογενειακά καταθλιπτικά επεισόδια ως καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου. Κατά τους Marks και συν., το 51% των γυναικών με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσίασε μια ψυχωτική ή καταθλιπτική υποτροπή διάρκειας κατά τους έξι πρώτους με-

ταλοχειακούς μήνες.

Οι Servant και Parquet εκτιμούν ότι οι πρόωρες απώλειες, όπως οι αποχωρισμοί ή οι θάνατοι πριν από την ηλικία των 15 ετών, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μια δευτερεύουσα κατάθλιψη.

Στο συγγενικό περιβάλλον των ασθενών μητέρων, συχνά βρίσκονται άτομα με διπολική διαταραχή.¹²

Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση

Για τους προαναφερθέντες συγγραφείς, οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι μια προγενετική νευρωτική τρωτότητα και η παρουσία σοβαρών γεγονότων της ζωής.

Κατά τους Marks και συν., Watson και συν., Kumar και Robson, οι ψυχικές διαταραχές (ισοδύναμα του νευρωτισμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης) αποτελούν εξίσου έναν προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης, την οποία συσχετίζουν με μια κατάθλιψη της εγκυμοσύνης. Ο Gotlib, επίσης, συσχετίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με την καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τον Ο'Hara, οι ίδιοι παράγοντες, δηλαδή:

α) μια προηγούμενη κατάθλιψη,

β) μια αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αυτό που ονομάζουμε τρωτότητα (T) και στους παράγοντες του στρες (life stress), μπορεί να είναι προάγγελοι μιας επιλόχειας μείζονος κατάθλιψης ή μιας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας πιο ελαφριάς και

γ) οι μεταβλητές της τρωτότητας σχετίζονται με προγενέστερα προσωπικά και / ή οικογενειακά συμβάντα της ζωής.

Οι μεταβλητές του στρες της ζωής ή των συμβάντων της ζωής αφορούν τα διάφορα επερχόμενα επεισόδια κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά τη διάρκεια των φροντίδων του νεογέννητου.

Αρνητικά γεγονότα της ζωής

Πολλοί ερευνητές συνδέουν τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής με την επιλόχεια κατάθλιψη, ιδιαίτερα μετά τους τρεις πρώτους μεταγεννητικούς μήνες.¹⁷

Κοινωνική υποστήριξη και οικογενειακές σχέσεις

Είναι αξιοσημείωτο ότι η βιβλιογραφία για τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αφορά κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα κατά το διάστημα μετά τον τοκετό. Έρευνα έδειξε (Brugha και συν., 1989, 1995), ότι ελλείψεις στην ποιότητα και ποσότητα των προσωπικών σχέσεων συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Ακόμη, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο τα γεγονότα της ζωής συμβαίνουν, μπορεί από μόνο του να αποτελεί μια εν μέρει πλευρά της κοινωνικής υποστήριξης (Brugha και συν., 1993). Για παράδειγμα, το γεγονός της ζωής “μένω έγκυος” μπορεί να αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα απειλητικό, αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει σταθερή σχέση με τον πατέρα του κυήματος. Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται, αν δεν υπάρχει καθόλου ο πατέρας του νεογνού στη ζωή της



λεχωΐδας και ζει μόνη της. Η σπουδαιότητα της υποστήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και επιβεβαιώνεται από πολλούς ερευνητές (Brown και Harris, 1978, Paykel και συν., 1980, Kumar και συν., 1984).

Κατά τους Arias και συν., η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμφανίζεται κατά τους πρώτους τρεις μεταγεννητικούς μήνες,¹⁷ ακόμη και όταν οι γυναίκες ενημερώνονται από σύμβουλο σχετικά με την υποστήριξη (Cutrona, 1989). Το μέγεθος και η έκταση της υποστήριξης από το στενό “πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο” της γυναίκας, θα μπορούσε να προβλέψει την κλινική πορεία της κατάθλιψής της.

Αρνητική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη συμβαίνει, όταν η γυναίκα ζει με το σύντροφό της καιιώθει ικανοποιημένη από τη θετική υποστήριξη του στενού περιβάλλοντός της στο γεγονός της εγκυμοσύνης της. Μια αρνητική αντίδραση του συντρόφου στο γεγονός της εγκυμοσύνης, αποτελεί πρόβλεψη της κατάθλιψης στις έγκυες γυναίκες (Kitamura και συν., 1993).¹⁵

Χαρακτηριστικά του νεογνού

Οι Cambell και συν. έχουν υπογραμμίσει το ενδεχόμενο, ότι τα χαρακτηριστικά του ίδιου του βρέφους μπορεί να αποτελούν έναν παράγοντα στην ανάδυση μιας επιλόχειας κατάθλιψης. Μετά τον τοκετό και την παραμονή στο μαιευτήριο η μητέρα παίρνει μαζί της ένα νεογνό, που δεν μπορεί να επικοινωνήσει με αυτήν παρά μόνο με κλάματα και η ανάγκη του για φροντίδα είναι συνεχής. Η μητέρα αισθάνεται υπεύθυνη να προστατέψει, να αναθρέψει και προπαντός, να αγαπήσει το νεογέννητο, που μπαίνει στη ζωή της.⁴

Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα

Προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, μακροχρόνιες συνθήκες, ακόμη και απαραίτητες κοινωνικές επαφές, θα εγκαταλειφθούν ή θα πρέπει να προσαρμοστούν στο ωράριο, που καθορίζεται από την παρουσία του νέου μέλους της οικογένειας. Τα πρόσθετα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό, είναι ένας σοβαρός παράγοντας άγχους και ανησυχίας. Ακόμη και όταν για όλα τα παραπάνω έχει σκεφτεί και έχει προετοιμαστεί ανάλογα μια μητέρα, είναι διαφορετικό να τα αντιμετωπίζει στην πραγματικότητα, που ουσιαστικά είναι απρόβλεπτη, αφού εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού.¹¹ Οι άνεργες μητέρες, όταν στη ζωή τους δεν υπάρχει ο πατέρας του βρέφους, αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα και αποτελούν ιδιαίτερα επιβαρημένη ομάδα ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη.¹⁵

Η ψυχική κατάσταση του συντρόφου

Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα του νεογνού, η παρουσία κατάθλιψης σ' αυτόν, το υπερβολικά εκφραζόμενο συναίσθημα και πολλοί άλλοι παράγοντες, μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα και μετά τους έξι μήνες (μέχρι 12 μήνες) από τον τοκετό.⁴

Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής

Έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας, που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η αισιοδοξία, ως γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της γυναίκας, είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοπεποίθηση με τη μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα. Η ενημέρωση από τη μαία ή το μαιευτήρα για την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα με μικρότερη διάρκεια και ένταση. Οι ενημερωμένες λεχωίδες αναφέρουν λιγότερα ενοχλήματα, μπορούν να εξηγήσουν τα συναισθήματά τους και δεν πιστεύουν ότι είναι οι μόνες που υπέφεραν.¹¹

Κατά τους Areias και συν., η σφαιρικότητα (globality) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμφανίζεται κατά τους πρώτους τρεις μεταγεννητικούς μήνες. Ενώ η σταθερότητα (stability) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμ-

φανίζεται κατά τους 4-12 μεταγεννητικούς μήνες.¹⁷

Ιατρογενής επιβάρυνση

Η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης με γυναικολογικές και μαιευτικές μεταβλητές δεν φαίνεται ιδιαίτερα να επαληθεύεται.⁷ Αν και ορισμένοι συγγραφείς βρήκαν κάποια συνάφεια (rouillonetal), όπως την προωρότητα του νεογνού, τις επιπλοκές κατά την κύηση, τον παρατεταμένο ή επιπεπλεγμένο τοκετό, την καισαρική τομή, την περιγεννητική θνησιμότητα, το γένος του νεογνού.⁸ Ακόμη και η χρήση αναλγητικών που χρησιμοποιήθηκαν περιγεννητικά για θεραπευτικούς λόγους, έχει ενοχοποιηθεί.¹⁰

Η ηλικία και η μόρφωση

Όταν η ηλικία της μητέρας είναι κάτω των 18 χρόνων και η εκπαίδευσή της διακόπτεται στα χρόνια του Γυμνασίου, η προδιάθεση να παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη είναι μεγαλύτερη.¹⁵

Αν προσπαθήσει κανείς να ομαδοποιήσει τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνητών, τότε αναγνωρίζει παράγοντες για τους οποίους υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία και που αφορούν: α) το υποστηρικτικό πλαίσιο, όπως η κακή συζυγική σχέση με το σύζυγο να εμφανίζεται με λιγότερο συναισθηματική και πρακτική συμμετοχή, υπερελεγκτική συμπεριφορά ή προηγούμενα ψυχικά προβλήματα, καθώς και η κακή σχέση με τη μητέρα, ή η απουσία της μητέρας λόγω θανάτου, ή το δυσλειτουργικό γονεϊκό πλαίσιο, ή οι κοινωνικές δυσκολίες, β) περισσότερες καταστάσεις στρες ή γεγονότα, όπως δυσκολίες στην τεκνοποιία

(προσπάθειες πάνω από δύο χρόνια), προωρότητα του νεογνού (μικρότερο από δύο κιλά), νεογνικές επιπλοκές και ιδιοσυγκρασία του παιδιού, γ) στοιχεία της προσωπικότητας της μητέρας, όπως υψηλός νευρωτισμός, διαπροσωπική ευαισθησία, συναισθηματική αστάθεια και άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δ) προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα συναισθηματικής διαταραχής.¹¹

Επίσης, η κληρονομικότητα και εξωγενείς πιεστικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου.¹²

Ορμονικοί παράγοντες

Ο τοκετός, το πολύ σημαντικό αυτό γεγονός από ψυχολογικής απόψεως, συνδυάζεται με σημαντικές ορμονικές μεταβολές. Δύο εβδομάδες προ του τοκετού, τα μέσα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν φυσιολογικά από 2.100 ng/ml και 160 ng/ml σε 14 ng/ml και 3 ng/ml αντίστοιχα, μέχρι την πέμπτη ημέρα της λοχείας. Οι θεαματικές αυτές μεταβολές οδήγησαν την έρευνα να εστιασθεί σε ορμονικούς, κυρίως, παράγοντες, που πιθανόν να σχετίζονται με την εμφάνιση των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών.

Σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη έχουν μελετηθεί οι μεταβολές στα κορτικοειδή, επειδή έχει αποδειχθεί ότι παρατηρείται αύξηση της παραγωγής ή μεταβολή του τρόπου έκκρισης στην ενδογενή κατάθλιψη. Από ορισμένους έχει βρεθεί αύξηση της κορτιζόλης προγεννητικά, σε περιπτώσεις που στη συνέχεια παρουσίασαν επιλόχεια αθυμία. Από πολλούς, όμως, θεωρείται δεδομένο ότι

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο η αδέσμευτη όσο και η δεσμευμένη με σφαιρίνες κορτιζόλη είναι αυξημένη και μειώνεται ταχέως μετά τον τοκετό. Μερικοί ερευνητές βρήκαν αύξηση της κορτιζόλης πλάσματος σε περιπτώσεις επιλόχειας μανίας. Άλλοι, πάλι, δεν βρίσκουν διαφορές ούτε στην ολική, ούτε στην ελεύθερη κορτιζόλη μεταξύ επιλόχειας και μη επιλόχειας κατάθλιψης. Τα πράγματα περιπλέκονται περισσότερο από το φαινόμενο, ότι τα επίπεδα κορτιζόλης αίματος παρουσιάζουν εποχικές διακυμάνσεις, ενώ επηρεάζονται επίσης και από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Μια άλλη ορμόνη που έχει μελετηθεί, είναι η προλακτίνη. Υπάρχουν ερευνητές που συσχετίζουν την επιλόχεια κατάθλιψη με τα χαμηλά επίπεδα προλακτίνης αίματος, ενώ άλλοι αποκλείουν μια τέτοια συσχέτιση (O'Hara, M. Wet, 1991). Υπάρχουν ακόμα ερευνητές που βρίσκουν ότι η προλακτίνη προκαλεί επιλόχεια κατάθλιψη, όταν είναι αυξημένη σε σχέση με την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα, όμως, τα σχετικά ευρήματα είναι μάλλον αντιφατικά (George A. και Sandler M., 1988).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζει η συμπεριφορά της τρυπτοφάνης. Είναι γνωστό ότι η τρυπτοφάνη πλάσματος παρουσιάζει μετά τον τοκετό μια διφασική αύξηση. Την πρώτη και τη δεύτερη ημέρα της λοχείας παρατηρείται ταχεία αύξηση, ενώ την τρίτη και την τέταρτη η αύξηση αυτή επιβραδύνεται και τα επίπεδα πλάσματος αποκαθίστανται στο φυσιολογικό. Η απουσία της αρχικής ταχείας αύξησης συνδυάζεται από ορισμένους με την εμφάνιση επιλόχειας αθυμίας και αργότε-

ρα επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι:

1. Υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων πριν από τον τοκετό σχετίζονται με μεγαλύτερη ευερεθιστικότητα των λεχιδών.

2. Όσο μεγαλύτερη είναι η πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης μετά τον τοκετό, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει η λεχίδα καταθλιπτική συμπτωματολογία τις επόμενες 10 μέρες μετά τον τοκετό.

3. Όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα των οιστρογόνων μετά τον τοκετό, τόσο εντονότερες διαταραχές του ύπνου αναφέρονται.⁴

Τέλος, εκτός από τις μεταβολές των αναπαραγωγικών ορμονών και η θυρεοειδική δυσλειτουργία συμβάλλει, επίσης, στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα ποσοστά υποθυρεοειδισμού είναι σχετικά υψηλά, κυρίως τους έξι πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αποδίδονται σ' αυτόν είναι ήπια.⁸

Ψυχοπαθολογική προσέγγιση

Η Deutsch (1945) περιγράφοντας τις ψυχικές συγκρούσεις της μεταγεννητικής περιόδου, υποστηρίζει ότι από την εποχή που η ενότητα της κήσης διασπάται, εμφανίζονται δύο τάσεις: η μια ωθεί προς τα εμπρός με στόχο την ανασύσταση του εγώ, και η άλλη παλινδρομεί στην επανασύνδεση με το βρέφος και τη διατήρηση του ψυχικού ομφάλιου λώρου.

Η τύχη της μητρότητας εξαρτάται από το αποτέλεσμα της σύγκρουσης των δύο αυτών αντιθέτων τάσεων.⁹

Κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται στη γυναίκα η φαντασίωση ότι αποτελεί μια ολότητα με το έμβρυο, ότι το έμβρυο αντιπροσωπεύει ένα μέρος του είναι της. Επιπλέον, πάντα κατά τη διάρκεια της κύησης οι δύο γονείς φαίνεται να έχουν δημιουργήσει ένα “φαντασικό” παιδί, που αντικατοπτρίζει όλες τις δικές τους ναρκισσιστικές ελλείψεις και που αντιπροσωπεύει αυτό, που θα καλύψει ό,τι τους έλειψε.¹⁷

Η εικόνα του σώματος της γυναίκας αλλάζει απότομα με τον τοκετό. Η μητέρα πρέπει να αποδεχθεί την αποκοπή ενός μέρους του εαυτού της, να αποποιηθεί τη ναρκισσιστική ολότητα που αποτελούσε με το έμβρυό της. Συχνά της είναι οδυνηρό να αποχωριστεί το “φαντασικό” παιδί, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο είχε επενδύσει και εξιδανικεύσει το παιδί της, το οποίο από τη στιγμή που γεννιέται, γίνεται πραγματικότητα. Το πραγματικό παιδί που γεννιέται, έχει ανάγκες και χαρακτηριστικά που απέχουν από αυτά του “φαντασικού” παιδιού, που δημιουργήθηκε στο μυαλό της μέλλουσας μητέρας.¹⁸

Πορεία

Τα 2/3 σχεδόν των ασθενών μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη αναλαμβάνουν μέσα σε 12 μήνες. Μερικές λεχωίδες μπορεί να παρουσιάσουν επιμονή ήπιων υπολειμμάτων, όπως ευερεθιστότητα, εξάντληση, θλίψη ή αδιαφορία για δραστηριότητες επί μακρό χρονικό διάστημα (Knores P.P., 1993).⁴ Όμως, αρκετές λεχωίδες υποτροπιάζουν συχνά, πράγμα που επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.¹² Υπάρχουν και περιπτώσεις που ακολουθεί χρόνια πορεία.³⁻¹⁷



Οι Areias και συν.¹⁹ σε μέτρησή τους στο ίδιο δείγμα λεχωίδων αναφέρουν ποσοστό 31,5% κατάθλιψης κατά τον 3ο μήνα μετά τον τοκετό, και ποσοστό 53,7% κατά το 12ο μήνα μετά τον τοκετό.

Επιπτώσεις

Οι συνέπειες της κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο είναι σημαντικά πιο μεγάλες απ' ότι σε κάποια άλλη στιγμή, καθώς η μητέρα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Οι απαιτήσεις του νεογνού και οι φροντίδες του είναι καινούργιες

καταστάσεις, που απαιτούν χρόνο για να ρυθμιστούν. Σε λεχιάδα που υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, η όλη εμπειρία της μητρότητας γίνεται συντριπτική.²

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται με αντίθετα αποτελέσματα στην πρώιμη παιδική ανάπτυξη, κυρίως ανάμεσα στα κοινωνικώς μειονεκτούντα παιδιά. Σοβαρές συνέπειες για το παιδί περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και υψηλότερη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία.²⁰ Τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που παρουσίασαν κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη από τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες, που δεν παρουσίασαν κατάθλιψη.²¹

Φαίνεται, επίσης, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το νεογνό από τις πρώτες ημέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορύθμιση στη συμπεριφορά και στη φυσιολογία τους, που πιθανότατα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Ωστόσο, αυτή η απορύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχοσυναλλαγή μεταξύ της μητέρας και του νεογνού της, καθώς οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν κυρίως δύο τρόπους ψυχοσυναλλαγής: είτε της απόσυρσης, είτε της παρεμβατικότητας, με αποτέλεσμα να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά.¹¹

Οι ασθενείς μητέρες παρουσιάζουν δυσκολία να εγκαταστήσουν ικανοποιητικό δεσμό με το βρέφος τους.²² Είναι βέβαιο, ακόμη, ότι η επιβαρυνόμενη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα, παρατηρείται απάθεια, απόσυρση ή εξεσημασμένο κλάμα του νεογνού. Μακρο-

πρόθεσμα, έχει αναφερθεί επιβράδυνση της ψυχοκινητικής και της γνωσιακής του ανάπτυξης, καθώς και προβλήματα στη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών και ικανοποιητικών δεσμών στην ενήλικη ζωή του.⁷ Επίσης, έρευνες (Murray 1996) έδειξαν ότι τα αγόρια θίγονται περισσότερο στις κοινωνικές και γνωστικές επιδόσεις.³

Πρόληψη

Ο σκοπός της πρόληψης είναι να εντοπιστούν εγκαίρως οι μητέρες εκείνες, που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.²³

Η κατάθλιψη της λεχιάδας μητέρας είναι σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την ψυχική υγεία του παιδιού, επειδή σ' αυτό το στάδιο το παιδί εξαρτάται απολύτως από τη μητέρα του και δέχεται την απαθή ή απορριπτική στάση και φροντίδα, που συνήθως συνοδεύει την επιλόχεια κατάθλιψη.

Η διακοπή της εγκυμοσύνης για ιατρικούς λόγους μπορεί να νομιμοποιηθεί. Η προϋπαρξη επιλόχειας διαταραχής, ασφαλώς δεν είναι από μόνη της ικανός λόγος για διακοπή της εγκυμοσύνης ή για κατηγορηματική υπόδειξη αποφυγής νέων κυήσεων. Το ερώτημα έχει ιδιαίτερη σημασία στις μανιοκαταθλιπτικές γυναίκες, που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης. Επειδή, όμως, οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν καλοήγη πορεία, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο κίνδυνος επιλόχειας υποτροπής αποτελεί σοβαρή ένδειξη άμβλωσης. Παράλληλα, σήμερα, ο ψυχίατρος είναι πολύ καλά εξοπλισμένος με θεραπευτικά μέσα. Θα πρέπει, επίσης,

να ληφθεί υπόψη ότι η άμβλωση από μόνη της μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρές ψυχικές επιπλοκές απ' ό,τι η τεκνοποίηση. Συνεπώς, δεν νομιμοποιείται εύκολα η σύσταση διακοπής της κύησης. Αν, όμως, οι προηγούμενες επιλόχειες καταθλίψεις χαρακτηρίζονταν από βαριά συμπτωματολογία ή από σοβαρές τάσεις αυτοκτονίας, είναι σχεδόν βέβαιο, ότι η ίδια συμπτωματολογία θα επαναληφθεί και στις επόμενες προσβολές.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η άμβλωση μπορεί να ενδείκνυται, ιδιαίτερα αν δεν είναι επαρκής η επιτήρηση της ασθενούς πριν και μετά τον τοκετό. Επομένως, μετά από επανειλημμένες και βαριές επιλόχειες καταθλίψεις, είναι λογικό να συστηθεί η αποφυγή νέας εγκυμοσύνης. Πάντως, ως γενικός κανόνας θα μπορούσε να τεθεί η σωστή ενημέρωση των γυναικών για τους κινδύνους, και με ορισμένες, επαρκώς αιτιολογημένες εξαιρέσεις, δεν θα πρέπει να αποθαρρύνονται να κάνουν και άλλα παιδιά, αν το επιθυμούν πολύ.⁴

Σχετικά με την πρωτοβάθμια πρόληψη, η εντόπιση των γυναικών που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά την επιλόχεια περίοδο, πρέπει να γίνεται από το 3ο τρίμηνο της κύησης ή τουλάχιστον κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξαρτήτως βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο να ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας και για την ανα-

γκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Σημαντική, επίσης, είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας, που έχει αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη. Πρέπει να επισημανθεί η προληπτική αξία και η αναγκαιότητα της υποστήριξης της μητέρας από το οικογενειακό της περιβάλλον. Αν εντοπιστούν σοβαρά οικογενειακά προβλήματα σε ευεπίφορο άτομο, πρέπει να γίνεται σύσταση οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας πρωτογενούς πρόληψης, είναι η ενημέρωση των γυναικολόγων, των παιδιάτρων και των μαιών, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τα ευεπίφορα άτομα, ώστε να είναι ενημερωμένοι σχετικά με την κλινική αυτή οντότητα. Σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης μπορεί να βοηθήσουν οι ενημερωτικές εκπομπές από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, η δημιουργία ιστοσελίδων στο Διαδίκτυο, οι ομάδες αυτοβοήθειας, η δυνατότητα τηλεφωνικής γραμμής άμεσης βοήθειας κ.ά.

Σχετικά με τη δευτεροβάθμια πρόληψη, η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Επίσης, είναι απαραίτητο να αποκλειστεί η ύπαρξη υποθυρεοειδισμού,¹⁸ ο οποίος αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα, δυσχεραίνει την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης ενέχει κινδύνους για τη ζωή της μητέρας, αλλά και του παιδιού. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία βαθμιαία επιδει-

νώνεται και γίνεται συχνά ανθεκτική στη θεραπεία.

Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα του νεογνού-βρέφους, για όσο διάστημα η μητέρα αδυνατεί να το φροντίσει. Όσο η κατάσταση της μητέρας βελτιώνεται, θα πρέπει να γίνεται σταδιακή επανένταξή της στο μητρικό ρόλο. Προληπτικά, γυναίκα με ατομικό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει να έχει ψυχιατρική παρακολούθηση σε επόμενη κύηση και για μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν το προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σοβαρό, θα πρέπει να χορηγηθεί προληπτική αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή αμέσως μετά τον τοκετό.³

Οι Whisner και Wheeler (1994) σύγκριναν τα επίπεδα υποτροπιάζουσας επιλόχειας κατάθλιψης σε δύο ομάδες γυναικών, που είχαν υποφέρει από κατάθλιψη σε προηγούμενη κύηση. Στη μια ομάδα που χορηγήθηκαν ως προφύλαξη τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η επιλόχεια κατάθλιψη έφθασε σε ποσοστό 6,7%, ενώ στην άλλη ομάδα το ποσοστό ανήλθε σε 62,5%.¹⁸

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ίδια μ' αυτή των άλλων καταθλιψεων, δηλαδή, φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, νοσοκομειακή νοσηλεία –αν αυτή κριθεί απαραίτητη– και υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες, ιδιαίτερα σ' αυτές που αναφέρονται στην περιποίηση και τη φροντίδα του παιδιού. Επίσης, η προφυλακτική αντικαταθλιπτική αγωγή σε λεχρίδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης, μειώνει σημαντικά αμέσως μετά τον τοκετό τα ποσο-

στά νόσησης (ποσοστό μη εμφάνισης συμπτωμάτων με χορήγηση προφυλακτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής και χωρίς αυτή, 6,7% και 62% αντίστοιχα). Ως θεραπευτική αντιμετώπιση σε γυναίκες με προδιαθεσιακούς παράγοντες για επιλόχεια κατάθλιψη, συνιστάται η εκπαίδευση και η ενεργητική κοινωνική υποστήριξη πριν τον τοκετό.

Είναι σημαντικό να γίνει σεβαστή η επιθυμία της μητέρας να θηλάσει ή όχι το παιδί της. Κοινωνικές πιέσεις και αίσθημα ενοχής για τη διακοπή της γαλουχίας μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στη διάθεση της λεχρίδας.²⁴ Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που έχουν μελετηθεί, βρέθηκε ότι εκκρίνονται στο γάλα, αλλά δεν αναφέρεται ιδιαίτερα βλαπτική δράση στο νεογνό.¹⁸ Μακροχρόνιες μελέτες των νευροσυμπεριφορικών επιδράσεων και της τερατογόνου δράσης αυτών των φαρμάκων δεν υπάρχουν. Είναι φανερό, ότι απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εκτίμηση των πιθανών κινδύνων της φαρμακολογικής αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης.⁷ Αν η λεχρίδα επιμένει στο θηλασμό, τότε η χορήγηση νορτριπτυλίνης (Wisner και Perel, 1991) ή δεσιπραμίνης φαίνεται ότι είναι περισσότερο ασφαλείς για το νεογνό.³

Στην επιλόχεια κατάθλιψη απαιτείται ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Τα αντικαταθλιπτικά²⁵ είναι τα πιο ενδεδειγμένα φάρμακα, αν και ενδέχεται να χρειαστούν και οι βενζοδιαζεπίνες ή τα νευροληπτικά στην περίπτωση που υφίσταται διέγερση.

Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν δοκιμαστεί, χωρίς όμως πειστικά αποτελέσματα. Οι Kumar και συν.(1996) και ο Murray D.(1996) προτείνουν τη διά-

θεση των οιστρογόνων.¹⁷ Σε 34 λεχωίδες δόθηκε ενδοδερμικά β-εστραδιόλη 200 mg ημερησίως για 3 μήνες, μετά δόθηκε κυκλική δυδρογεστερόνη 10 mg ημερησίως για 12 ημέρες κάθε μήνα, για 3 επιπλέον μήνες.

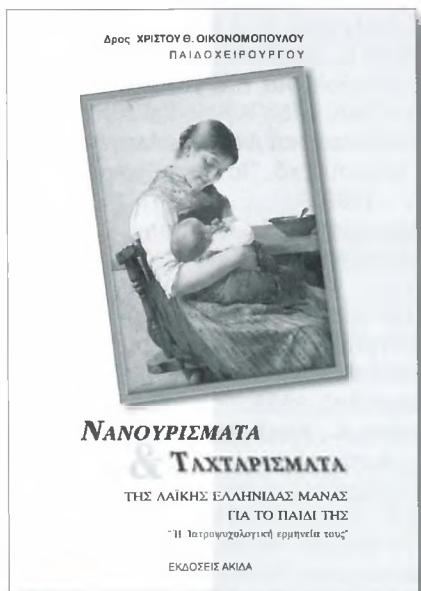
Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται στις περιπτώσεις που είναι ανθεκτικές σε άλλες μορφές θεραπείας. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει καθημερινή υποστήριξη και εκπαίδευση στο ρόλο της μητέρας, ή πιο κλασικές θεραπευτικές τακτικές ψυχαναλυτικής ή γνωσιακής έμπνευσης.¹⁷

Η επιλόχεια κατάθλιψη χρειάζεται κατά κανόνα ψυχιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση, με επίσης συχνή και αναπόφευκτη τη σύσταση νοσοκομειακής νοσηλείας, τόσο εξαιτίας του σοβαρού της κατάστασης, όσο και της πιθανότητας αυτοκτονικών αλλά και ανθρωποκτονικών – κυρίως κατά του νεογέννητου – συνεπειών. Εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου του αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές μητέρων-βρεφών και η εμπειρία στη Βρετανία κρίνεται πετυχημένη, παρά το μικρό ποσοστό δυσάρεστων συμβάντων, ακόμη και σε εντατικά επιβλεπόμενες μονάδες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. O'Hara M., Stuart S., Gorman L., Wenzel A.: Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000, 57:1039-1045.
2. Misri S., Kostaras X., Fox D., Kostaras D.: The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Can. Journal of Psychiatry*, 2000, 45(6):554-558.
3. Σταμούλη Σ.Σ.: Επιλόχεια κατάθλιψη. Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης Β., Οικονόμου Μ., (επ. έκδ.) Προληπτική Ψυχιατρική. Εκδ. "Βήτα", 2000.
4. Σινανίδου Μ.Δ.: Λοχειακή κατάθλιψη: Η επίδρασή της στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Προληπτικά μέτρα-Αντιμετώπιση. *Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.* 1999, 22:31-32.
5. Βλάχος Θ.Κ.: Λοχειακές Ψυχώσεις. *Ψυχιατρική*, 1996, 7:115-123.
6. Χούελαν Ε.: Βασικός Οδηγός Εγκυμοσύνης. Εκδ. "Δωρικός", 1978.
7. Δημητρίου Χ.Ε., Βλάσσης Γ., Καλογερόπουλος: Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ψυχιατρική*, 1995, 6:35-44.
8. Ακτσαλής Α., Σίμος, Γ.: Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 1992, 5(2): 112-117.
9. Δραγώνα Θ.: Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: Οι ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. *Ψυχολογικά θέματα*, 1989, 2(1):33-47.
10. Gotlib J.H.: Postpartum Depression, in Blechman E.A., Brownell K.D. (Eds) *Behavioral Medicine and Women*. The Guilford Press, New York, London, 1998.
11. Παππά Δ., Σολδάτου Μ.: Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Κ. Σολδάτος (έπ. έκδ.) Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. Εκδ. "Ιατρική Εταιρεία Αθηνών", 1999.
12. Δημητρίου Χ.Ε., Βλάσσης Γ., Καλογερόπουλος Α.: Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας. *Ψυχιατρική*, 1995, 6(1):35-44.
13. Κλεφτάρας Γ.: Η Κατάθλιψη σήμερα : περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα. Εκδ. "Ελληνικά Γράμματα", 1998.
14. Γκιόκα Α., Κανδύλης Δ., Καμπούρης Η., Ασπραδάκης Κ.: Ψυχιατρικές Διαταραχές κατά την Εγκυμοσύνη. Βιδάλης Α., Διδασκάλου Θ., Τσιλίκας Σ., (επ. έκδ.) Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο. "Σύγχρονες Εκδόσεις", 2001.
15. Brugha T.S., Sharp H.M., Cooper A., Weisender C., Britto D., Shinkwin R., Sherrif T., Kirwan P.H.: The Leicester

- 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, **1998**, 28:63-79.
16. **Μπεργιαννάκη Ι.Δ.:** Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές συνδεδεμένες με τη Λοχεία. Χριστοδούλου Γ.Ν. (επ. έκδ.) Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις "ΒΗΤΑ", **2000**.
17. **Ζερβής Χ.:** Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. Εκδ. "Ηλεκτρονικές Τέχνες", β' έκδοση, **2001**.
18. **Συνοδινού Κλ.:** Σημειώσεις για το μάθημα Ψυχοπαθολογίας ΙΙ. Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, **2000**.
19. **Areias M.E.G., Kumar R., Barros H., Figueiredo E.:** Correlates Of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*, **1996**, 169:36-41.
20. **Forman N., Videbech P., Hedegaard M., Dalby Salvin J., Secher N.J.:** Postpartum Depression: identification of women at risk. *Brit. Journ. of Obstetrics and Gynecology*, **2000**, 107:1210-1217.
21. **Liewellyn A.M., Stowe Z.N., Nemeroff C.B.:** Depression during Pregnancy and Puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, **1997**, 58(15):26-32.
22. **Σινανίδου Μ.Δ.:** Βρέφη Ψυχωτικών Γονέων σε "κίνδυνο": Τρόποι Προληπτικής παρέμβασης. Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. **2000**, 7(3):61-63.
23. **Μωραΐτου Μ.:** Έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη στη Ελλάδα. Περιοδικό "Ελευθώ", **2002**, 7(1):34 -36.
24. **Μωραΐτου Μ.:** Γένεσις. Εκδ. "Πράσινο Φύλλο", **1996**.
25. **Σακκάς Π.Ν.:** Στοιχεία Συμβουλευτικής -Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου. Επισημονικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε., **1997**.



Συνάδελφοι,

Όπως ήδη έχετε διαβάσει σε προηγούμενα τεύχη του "ΕΛΕΥΘΩ", κυκλοφόρησε από τις Εκδόσεις "ΑΚΙΔΑ" Α. ΜΑΚΡΗ και για λογαριασμό του Συλλόγου μας το βιβλίο:

**"ΝΑΝΟΥΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑΧΤΑΡΙΣΜΑΤΑ
ΤΗΣ ΛΑΪΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ ΜΑΝΑΣ
ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΗΣ"**

του παιδοχειρουργού-συγγραφέα Δρος Χρίστου Θ. Οικονομόπουλου. Η έκδοσή του έχει μεγάλη πολιτιστική αξία και αναβιώνει την παράδοσή μας. Έχει άμεση σχέση με το επάγγελμά μας και με παραστατικότητα και σοφία μάς δίνει εικόνες του παρελθόντος, που ευχόμαστε να τις ξαναζήσουμε στο μέλλον. Για τους συνάδελφους η τιμή πωλήσεώς του έχει ορισθεί στις 3.000 δρχ.

και οι εισπράξεις θα ενισχύουν το ταμείο του Συλλόγου μας, με την προοπτική να πραγματοποιηθούν και άλλες αξιόλογες όπως αυτή εκδόσεις.