

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Περιγεννητική Κατάθλιψη

Η περιγεννητική ψυχιατρική είναι ένας κλάδος της διασυνδετικής ψυχιατρικής που ασχολείται με τα ψυχιατρικά ζητήματα που προκύπτουν κατά την φροντίδα εγκύων και λεχωίδων. Με πρώτη ματιά ένας τέτοιος κλάδος μοιάζει να αφορά μια ειδική περιοχή επιστημονικού ενδιαφέροντος και κατά συνέπεια μικρό μόνο μέρος των γενικών ψυχιάτρων. Εάν κοιτάξει όμως κανείς τις στατιστικές θα καταλάβει ότι τα πράγματα δεν είναι έτσι.

Παρά την παλαιότερη πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη προστατεύει από ψυχικές διαταραχές, τουλάχιστον μία στις δέκα γυναίκες (10–15%) θα εμφανίσει κατάθλιψη στην περιγεννητική περίοδο, ενώ ο κίνδυνος σοβαρής μείζονος κατάθλιψης κατά την διάρκεια της κύησης είναι 3,6–6,1%. Επιπλέον, ένα ποσοστό 60% των γυναικών με ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής διακόπτουν τα φάρμακά τους κοντά στη σύλληψη αλλά οι μισές αναγκάζονται να τα ξαναρχίσουν μέσα στην εγκυμοσύνη. Δεδομένου δε ότι 20–30% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας λαμβάνουν ψυχοτρόπα φάρμακα, ότι πάνω από το 50% των κυήσεων είναι απρογραμματίστες και ότι όλα τα ψυχιατρικά φάρμακα περνούν στο έμβρυο και στο γάλα του θηλασμού, η συνταγογράφηση τέτοιων σκευασμάτων σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας απαιτεί πιο σύνθετη εκτίμηση.¹

Οι παραπάνω αριθμοί, καλά τεκμηριωμένοι σε πολλές χώρες, μας κάνουν να συνειδητοποιούμε ότι βρισκόμαστε αντιμέτωποι με ένα ζήτημα δημόσιας υγείας. Στην Ελλάδα έχουμε περίπου 100 χιλιάδες γεννήσεις κατ' έτος. Αυτό σημαίνει πως *κάθε χρόνο* περίπου 3000 έως 6.000 γυναίκες θα εκδηλώσουν σοβαρή κατάθλιψη σε συνάρτηση με την εγκυμοσύνη τους. Σε μια πρόσφατη μελέτη μας, το 5% των γυναικών που εξετάσαμε με δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις δύο μήνες μετά τον τοκετό πληρούσε κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη και άλλο ένα 7,4% για ελάσσονα κατάθλιψη. Το δείγμα προερχόταν από το γενικό μαιευτικό πληθυσμό (κατά 70% από ιδιωτικά και 30% από δημόσια μαιευτήρια, μια σκόπιμη επιλογή με βάση τις τεκμηριωμένες προτιμήσεις των Ελληνίδων ως προς τη μαιευτική τους φροντίδα). Παρόλ' αυτά τα δύο τρίτα των γυναικών που εμφάνισαν κατάθλιψη στη λοχεία είχαν στο ιστορικό τους προηγούμενο επεισόδιο, ανεξάρτητο από κύηση, σε συχνότητα δέκα φορές μεγαλύτερη από τις γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης που γέννησαν χωρίς να υποτροπιάσουν.² Εάν υπολογίσει κανείς ότι η περιγεννητική κατάθλιψη δεν είναι μια αυτοπεριοριζόμενη νόσος αλλά εμφανίζει υποτροπιάζουσα πορεία και, σε σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων, χρονιότητα, καθώς επίσης και ότι η κύρια αιτία θανάτου λεχώνων στις ανεπτυγμένες χώρες δεν είναι άλλη από την αυτοκτονία (η οποία, σε σοβαρά περιστατικά ψυχωτικής κατάθλιψης μπορεί να συνδυάζεται με τη βρεφοκτονία), αντιλαμβάνεται πόσο μεγάλη είναι η ανάγκη για ενημέρωση, για ειδική εκπαίδευση και για παροχή ειδικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που ιδανικά χρειάζονται, τόσο σε επίπεδο ειδικών εξωτερικών ιατρείων όσο και σε επίπεδο νοσηλευτικών δομών (π.χ. μονάδες μητέρας-βρέφους, δηλαδή ειδικά τμήματα όπου μπορούν να νοσηλευθούν είτε πλήρως είτε με μορφή νοσοκομείου ημέρας οι λεχωίδες μαζί με τα μωρά τους,) υπάρχουν σε λίγες χώρες και πάντως σπανίζουν στην Ελλάδα.³

Η σωστή ιατρική φροντίδα περιγεννητικά αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση της δυνατότητας να γεννηθεί ένα υγιές βρέφος αλλά και να εξασφαλιστεί η υγεία της μητέρας για να μπορεί να το φροντίσει. Η περιγεννητική κατάθλιψη είναι μια συχνή, προβλέψιμη και θεραπεύσιμη κλινική οντότητα αλλά εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα και έγκαιρα μπορεί να ζημιώσει την ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία της μητέρας και να διακυβεύσει τη δυνατότητά της να φροντίσει το βρέφος, κάτι που μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη φυσιολογική ψυχική αλλά και νευροβιολογική του ανάπτυξη, όπως γίνεται πιο φανερό από μια πληθώρα επιστημονικών δεδομένων.^{4,5}

Γιάννης Ζέρβας – Αγγελική Λεονάρδου
Ειδικό Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Βιβλιογραφία

1. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci* 2008, 33:302–318
2. Leonardou AA, Zervas YM, Papageorgiou CC, Marks MN, Tsartsara EC, Antsaklis A et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *J Reprod Inf Psychol*, 2008 (In print)
3. National Institute of Clinical Excellence (2007) CG45. Antenatal and Postnatal Mental Health: NICE Guideline. <http://www.nice.org.uk>
4. Suri R, Altshuler L, Hellemann G, Burt VK, Aquino A, Mintz J. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry* 2007, 191:84–85
5. Talge NM, Neal C, Glover V, and the Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry* 2007, 48:245–261