

Ανασκόπηση Review

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας

Φ. Γονιδάκης

Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2007, 18:132–142

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας (maternity blues) είναι μια παροδική αλλαγή της διάθεσης, που συμβαίνει κυρίως ανάμεσα στην 1η και 10η ημέρα της λοχείας και χαρακτηρίζεται από επεισόδια κλάματος, ήπια καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση και ευμεταβλητότητα της διάθεσης. Η συχνότητά της ποικίλλει από 4–80%, ανάλογα με τη μελέτη. Έχουν διερευνηθεί πολλοί βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που πιθανώς να συμμετέχουν στην εμφάνισή της. Η προγεστερόνη και η κορτιζόλη και οι μεταβολές τους στο τέλος της εγκυμοσύνης και τις πρώτες ημέρες της λοχείας είναι οι καλύτερα μελετημένοι βιολογικοί παράγοντες, αν και η σχέση τους με την αντίδραση θλίψης της λοχείας δεν είναι ακόμα πλήρως διευκρινισμένη. Το stress, η συναισθηματική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και το ατομικό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής ή της ίδιας της αντίδρασης σε προηγούμενη λοχεία είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που έχει βρεθεί ότι πιθανώς να συσχετίζονται με την εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής. Οι περισσότεροι συγγραφείς προτείνουν την ενημέρωση και καθυσύχαση των λεχιδών για την αντιμετώπιση της αντίδρασης θλίψης της λοχείας, καθώς και την προληπτική ενημέρωσή τους για την πιθανότητα εμφάνισής της τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Λοχεία, αντίδραση θλίψης της λοχείας.

Εισαγωγή

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας (ΑΘΛ) (maternity blues) χαρακτηρίζεται από παροδική αλλαγή της διάθεσης, που συμβαίνει κυρίως μεταξύ της 1ης και 10ης ημέρας μετά τη λοχεία και η οποία συνοδεύεται από επεισόδια κλάματος, ήπια καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση και ευμεταβλητότητα της διάθεσης.

Πρώιμες αναφορές για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα. Ο Savage,¹ το 1875, χρησιμοποίησε την ονομασία «πυρετός του γάλακτος», καθώς η κορύφωση των συμπτωμάτων την 3η-4η ημέρα συνέπιπτε με την έναρξη του θηλασμού. Στη μεταπολεμική βιβλιογραφία, το φαινόμενο περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Hamilton² το 1962, ενώ ονομάστηκε "post partum blues syndrome" από τους Yalom et al³ το 1968. Ο όρος "maternity blues" προτάθηκε αρχικά από τον Pitt^{4,5} το 1973 και έκτοτε καθιερώθηκε, ειδικά στην αγγλική βιβλιογραφία. Τέλος, οι Γάλλοι κυρίως συγγραφείς χρησιμοποιούν και τον όρο "baby blues".

Κλινική εικόνα

Στις πρώτες μεταπολεμικές απόπειρες περιγραφής και ορισμού του φαινομένου, οι Yalom et al³ στις ΗΠΑ υποστηρίζουν ότι το κυριότερο σύμπτωμα της ΑΘΛ είναι το κλάμα, το οποίο κατά τους συγγραφείς είναι «σποραδικό, σύντομης διάρκειας και ανεξήγητο από τη λεχιάδα, καθώς δεν υπάρχει πάντα εκλυτικός παράγοντας. Πολλές φορές το κλάμα δεν είναι σύντομο με τη διάθεση της γυναίκας».

Στην προσπάθειά τους να περιγράψουν το φαινόμενο, οι Kennerley και Gath⁶⁻⁸ βρήκαν ότι η συμπτωματολογία της ΑΘΛ περιλαμβάνει 7 κύρια συμπτώματα, τα οποία οι συγγραφείς ονομάζουν «πρωτογενή αντίδραση θλίψης της λοχείας» (primary blues) και τα οποία είναι: ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ευερεθιστότητα, ευσυγκινησία, κόπωση, «κακοκεφιά», άγχος (κυρίως για το νεογέννητο παιδί) και δυσκολίες στη συγκέντρωση. Η καταθλιπτική διάθεση, κατά τους συγγραφείς, ανήκει στα συμπτώματα που είναι λιγότερο συχνά.

Πορεία

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η θλίψη της μητρότητας διαρκεί από ώρες μέχρι μερικές ημέρες και ότι το φαινόμενο δεν παρατηρείται πέραν της πρώτης εβδομάδας ή του πρώτου δεκαημέρου της λοχείας.

Ωστόσο, υπάρχουν διαφωνίες για το ποια ημέρα μετά τον τοκετό κλιμακώνεται η συμπτωματολογία.

Οι Harris et al⁹ διαπίστωσαν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 1η και την 5η ημέρα της λοχείας. Οι Hau και Levy¹⁰ αναφέρουν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 5η ημέρα στην ομάδα που εμφάνισε πλήρη κλινική εικόνα θλίψης της μητρότητας και τη 2η ημέρα στην ομάδα των γυναικών που εμφάνισε μερική συμπτωματολογία του φαινομένου.

Οι Kennerley και Gath,⁸ καθώς και οι Kendell et al,¹¹ αναφέρουν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 5η ημέρα της λοχείας. Οι Best et al¹² βρήκαν μέγιστη ένταση την 4η ημέρα, ενώ οι Rohde et al,¹³ Taylor et al^{14,15} και ο Bonnin¹⁶ υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα κορυφώνονται μεταξύ 3ης και 4ης ημέρας.

Οι Sutter et al¹⁷ αναφέρουν ότι διαπίστωσαν δύο μορφές ΑΘΛ. Μια καλοήγη, που εμφανίζεται την 3η ημέρα, και μια βαρύτερη μορφή, που εμφανίζεται την 5η ημέρα και που μπορεί, κατά τους συγγραφείς, να αποτελεί την πρώιμη έναρξη της μεταλόχειας κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, η ΑΘΛ εμφανίζεται μεταξύ της 3ης και 5ης ημέρας, διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα και υφίσταται εντός του πρώτου δεκαημέρου της λοχείας.

Οι παραπάνω διαφορές τόσο στην κλινική εικόνα όσο και στην πορεία της διαταραχής αποδίδονται από την Beck^{18,19} σε τρεις παράγοντες: (α) στην έλλειψη ευρύτερα αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, (β) στη χρήση διαφορετικών μη σταθμισμένων κλιμάκων για τη μέτρηση της ΑΘΛ, (γ) στις διαφορές στην ακολουθούμενη ερευνητική μεθοδολογία.

Συχνότητα

Η συχνότητα της ΑΘΛ που αναφέρεται στη βιβλιογραφία ποικίλλει από μελέτη σε μελέτη σε αρκετά σημαντικό βαθμό.^{20,21} Για παράδειγμα, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ποσοστό γυναικών που εμφανίζουν ΑΘΛ 80%²² και άλλες που σημειώνουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά, μέχρι και 8,5%.²³ Η αξιολογούμενη αυτή διακύμανση πιθανώς οφείλεται σε τέσσερις παράγοντες:

- Σε διαπολιτισμικές διαφορές τόσο στην υποστήριξη της λεχιάδας και στα έθιμα ή τις συνήθειες που αφορούν στη λοχεία, όσο και στην επιτρεπόμενη ή όχι συναισθηματική έκφραση
- Στη χρήση διαφορετικών κλιμάκων για τη μέτρηση της διαταραχής

- Στην παράμετρο της χρονικής απόστασης από τον τοκετό. Όπως προαναφέρθηκε, η ΑΘΛ είναι ένα παροδικό φαινόμενο, η ένταση των συμπτωμάτων του οποίου μεταβάλλεται από ημέρα σε ημέρα. Οι μετρήσεις της συχνότητάς του με τη χρήση κλιμάκων θα παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα αν διενεργούνται σε διαφορετικές ημέρες της λοχείας
- Σε άλλες μεθοδολογικές διαφορές, όπως το πρόσωπο από το οποίο συμπληρώνονται οι κλίμακες (τη λεχώρα ή τον εξεταστή) ή τον τρόπο με τον οποίο υπολογίζεται η συχνότητα (ανά ημέρα ή συνολικά).

Αιτιολογία

Οι μελέτες που έχουν γίνει για τη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας της ΑΘΛ περιλαμβάνουν τους παρακάτω τομείς:

Βιοβιογονικοί παράγοντες

Ενδοκρινική λειτουργία

Κορτιζόλη: Το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από μια ήπια υπερκορτιζολαιμία, όπου τόσο οι συγκεντρώσεις της ολικής και της μη συνδεδεμένης με πρωτεΐνες στο πλάσμα κορτιζόλης, όσο και η 24ωρη απέκκριση κορτιζόλης στα ούρα είναι αυξημένες, υπενθυμίζοντας τα επίπεδα ενός μέτριας έντασης συνδρόμου Cushing. Η συγκέντρωση της κορτιζόλης αυξάνει περαιτέρω και φθάνει στα υψηλότερα επίπεδά της κατά τη διάρκεια του stress του τοκετού και στη συνέχεια επανέρχεται με βραδύ ρυθμό στα φυσιολογικά επίπεδα εντός των επόμενων 15 ημερών.²⁴⁻²⁷

Κατά την περίοδο αυτή, τόσο η κορτιζόλη όσο και η ACTH ακολουθούν το γνωστό κερκαδιανό βιορρυθμό στην έκκρισή τους. Οι Goland et al²⁸ υποστηρίζουν ότι ο πλακούντας παράγει ικανή ποσότητα CRF (παράγοντας έκκρισης κορτικοτροπίνης), ώστε να δικαιολογείται η προαναφερθείσα υπερκορτιζολαιμία.

Στη μελέτη των Maes et al,²⁹ η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη ήταν αρνητική στο 82% των λεχωίδων.

Οι Καλανταρίδου και συν³⁰ θεωρούν ότι η καταστολή της έκλυσης υποθαλαμικού CRF μπορεί να εξηγήσει τόσο τις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας όσο και φαινόμενα αυτοανοσίας που παρατηρούνται συχνά την ίδια περίοδο.

Οι Ehlert et al³¹ βρήκαν ότι γυναίκες που εμφανίζουν ΑΘΛ έχουν υψηλότερα πρωινά επίπεδα κορτιζόλης τις πρώτες 5 ημέρες μετά τον τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ΑΘΛ. Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι στις γυναίκες με ΑΘΛ τα επίπεδα της κορτιζόλης ήταν υψηλότερα τις ημέρες που η διάθεση των γυναικών ήταν κακή, σε σχέση τόσο με τις ημέρες όπου η διαταραχή βρισκόταν σε ύφεση όσο και με τις γυναίκες που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ.

Οι Taylor et al^{14,15} και Okano και Nomura³² αναφέρουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης την 3η ημέρα της λοχείας σε γυναίκες που εμφάνιζαν ΑΘΛ.

Οι Handley et al³³ διαπίστωσαν συσχέτιση της ΑΘΛ με υψηλά επίπεδα κορτιζόλης μόνο την 38η εβδομάδα της κύησης, αλλά όχι με τα επίπεδα κορτιζόλης την 1η ή την 6η εβδομάδα της λοχείας.

Αντίθετα με τους παραπάνω συγγραφείς, οι Bonnin,¹⁶ Feski et al,³⁴ Harris et al,⁹ Nappi et al³⁵ και Kuevi et al³⁶ δεν βρήκαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (θετική και αρνητική για ΑΘΛ).

Οι Μαγιάκου και συν,²⁷ χορηγώντας CRF σε λεχωίδες, διαπίστωσαν μια αμβλυμένη απάντηση ως προς την έκκριση ACTH την 3η και 6η, αλλά όχι τη 12η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Ειδικότερα στις γυναίκες που εμφάνισαν ΑΘΛ, η άμβλυση της απάντησης ήταν σαφώς πιο έντονη και παρέμενε και τη 12η εβδομάδα της λοχείας. Παρά το προαναφερθέν εύρημα, τόσο τα βασικά επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα όσο και αυτά μετά τη χορήγηση CRF δεν είχαν διαφορές ανάμεσα στην ομάδα που εμφάνισε και σε εκείνη που δεν εμφάνισε ΑΘΛ και σε όλες τις μετρήσεις κυμαίνονταν περί τα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι κατά τη διάρκεια της λοχείας υπάρχει μια κεντρική καταστολή της έκκρισης CRF, η οποία μπορεί να εξηγήσει την ευαισθησία για την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών.

Προγεστερόνη: Μελέτες που έγιναν στη δεκαετία του '90 από τη Majewska,³⁷ καθώς και τον Mellon,³⁸ κατέδειξαν τη συμμετοχή των νευροστεροειδών στη ρύθμιση της νευρωνικής πυροδότησης, στο συναίσθημα και στην προσαρμογή στο stress. Ειδικότερα, η αλλοπρεγνανολόνη δρα ως αγωνιστής των GABA_A υποδοχέων και μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, κόπωση και κατάθλιψη. Αντίθετα, η πρεγνανολόνη δρα ως αναστροφος αγωνιστής και έτσι έχει αγχογόνο αποτέλεσμα όταν συνδέεται με τον GABA_A υποδοχέα.³⁹

Κατά τη διάρκεια της κύησης η συγκέντρωση της προγεστερόνης στο πλάσμα αυξάνει σταδιακά, για να φθάσει τις ημέρες πριν τον τοκετό σε επίπεδα περίπου 30πλάσια των φυσιολογικών της τιμών εκτός κύησης. Μετά τον τοκετό και την αφαίρεση του πλακούντα παρατηρείται φυσιολογικά ραγδαία μείωση των συγκεντρώσεων της προγεστερόνης, ιδιαίτερα τις πρώτες 4–5 ημέρες.^{24,25}

Οι Harris et al⁹ αναφέρουν ότι οι υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες για τη μέτρηση της ΑΘΛ συσχετιζόνταν με: (α) την υψηλή συγκέντρωση της προγεστερόνης την ημέρα πριν τον τοκετό, (β) τον υψηλό βαθμό αύξησης των συγκεντρώσεων της προγεστερόνης πριν τον τοκετό, (γ) το μεγάλο βαθμό μείωσης της προγεστερόνης από τον τοκετό έως την 5η ημέρα (κατά την οποία εμφανίστηκαν τα εντονότερα συμπτώματα της θλίψης της μητρότητας) και (δ) τη χαμηλή συγκέντρωση προγεστερόνης κατά την 5η ημέρα.

Οι Nappi et al³⁵ μέτρησαν τη συγκέντρωση της αλλοπρεγνανολόνης στο αίμα την τρίτη ημέρα της λοχείας και διαπίστωσαν χαμηλότερα επίπεδα στις γυναίκες που εμφάνισαν ΑΘΛ. Το ίδιο συνέβη και με τα επίπεδα της προγεστερόνης, αν και η διαφορά αυτή δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική.

Αντίθετα με τους προηγούμενους συγγραφείς, οι Metz et al,⁴⁰ Heidrich et al,⁴¹ O'Hara et al⁴² και Kuevi et al³⁶ δεν διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ επιπέδων προγεστερόνης και ΑΘΛ.

Οι Granger και Underwood,⁴³ σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αν και υπάρχουν ενδείξεις για τη συμμετοχή της προγεστερόνης στην αιτιοπαθογένεια της ΑΘΛ, οι ενδείξεις αυτές δεν είναι επαρκείς για να τεκμηριώσουν τη συγκεκριμένη σχέση και, επομένως, ούτε και τη χρήση της ορμόνης για τη θεραπεία της ΑΘΛ.

Οιστρογόνα: Στον εγκέφαλο, υποδοχείς οιστρογόνων έχουν βρεθεί στον υποθάλαμο, στον ιππόκαμπο, στην αμυγδαλή, στο μεταιχμιακό σύστημα και στο φλοιό της παρεγκεφαλίδας. Ακόμα, έχει διαπιστωθεί ότι τα οιστρογόνα αυξάνουν τόσο τους ρυθμούς παραγωγής των νευρογενών αμινών, όπως της σεροτονίνης, της ντοπαμίνης, της β-ενδορφίνης και της νοραδρεναλίνης, όσο και τη συγκέντρωση των υποδοχέων τους.²⁴ Επίσης, τα οιστρογόνα και η τεστοστερόνη μειώνουν τη δραστηριότητα της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) στα αιμοπετάλια και τον εγκέ-

φαλο, αυξάνοντας έτσι περαιτέρω τη συγκέντρωση των αμινών.³⁹

Κατά την εγκυμοσύνη, η συγκέντρωση των οιστρογόνων και κυρίως της οιστριόλης αυξάνει δραματικά, για να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα σταδιακά μετά τον τοκετό. Στο τέλος της κύησης η οιστριόλη αυξάνεται περίπου κατά 1000 φορές, ενώ η οιστρόνη και η οιστραδιόλη αυξάνονται στο 100πλάσιο των φυσιολογικών τους διακυμάνσεων.^{24,25}

Οι Feski et al³⁴ και Heidrich et al⁴¹ αναφέρουν ότι η ομάδα των γυναικών που εμφάνισε ΑΘΛ παρουσίαζε υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστραδιόλης την 3η και 4η ημέρα της λοχείας (οπότε και ήταν πιο έντονα τα συμπτώματα της διαταραχής) σε σχέση με την ομάδα των γυναικών που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ.

Σύμφωνα με τους O'Hara et al,⁴² οι γυναίκες που εμφάνισαν ΑΘΛ είχαν υψηλότερα επίπεδα μη συνδεδεμένης οιστριόλης και ολικής οιστριόλης τη 2η και 3η ημέρα της λοχείας, αλλά δεν βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση με τα επίπεδα της οιστραδιόλης.

Αντίθετα, οι Nappi et al,³⁵ Metz et al⁴ και Kuevi et al³⁶ δεν διαπίστωσαν διαφορά στα επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που ανέπτυξαν ΑΘΛ και στην ομάδα ελέγχου (λεχαιίδες που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ).

FSH, LH: Οι Nott et al⁴⁴ και Kuevi et al³⁶ αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα των συγκεκριμένων υποφυσιακών ορμονών και στην εμφάνιση ΑΘΛ.

Προλακτίνη: Οι George et al⁴⁵ απομόνωσαν την ένταση, το άγχος, την ανησυχία και την κατάθλιψη ως τα κυριότερα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την ΑΘΛ. Και τα τέσσερα αυτά συμπτώματα σχετιζόνταν θετικά με τα επίπεδα της προλακτίνης τη 2η, 4η και 6η ημέρα της λοχείας, με εξαίρεση την κατάθλιψη την 6η ημέρα.

Οι Heidrich et al⁴¹ βρήκαν μόνο μια τάση για συσχέτιση της διάθεσης την 3η ημέρα της λοχείας με την αλλαγή στη συγκέντρωση της προλακτίνης από την ημέρα του τοκετού έως την 3η ημέρα της λοχείας.

Αντίθετα, οι Nappi et al,³⁵ Nott et al,⁴³ O'Hara et al⁴² και Kuevi et al³⁶ αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε διαφορά στα επίπεδα της προλακτίνης ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που ανέπτυξαν ΑΘΛ και στην ομάδα ελέγχου (λεχαιίδες που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ).

Θυρεοειδικές ορμόνες: Αν και οι θυρεοειδικές ορμόνες σχετίζονται άμεσα τόσο με ορισμένες αγχώδεις διαταραχές όσο και με διαταραχές της διάθεσης, δεν

έχει μελετηθεί επαρκώς η συσχέτιση της θυρεοειδικής λειτουργίας με την ΑΘΛ.

Οι Ijuin et al⁴⁶ αναφέρουν ότι τα χαμηλά επίπεδα FT3 την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζονταν με την ανάπτυξη ΑΘΛ.

Οι Kuijpers et al⁴⁷ διαπίστωσαν συσχέτιση της μεταλόχειας κατάθλιψης με την ανίχνευση αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων (αντι-TPO) στην έναρξη της κυοφορίας.

Νευροδιαβίβαση

α. Ενδογενείς αμίνες

L-τρυπτοφάνη: Οι Maes et al⁴⁸ αναφέρουν ότι στη λοχεία η συγκέντρωση L-τρυπτοφάνης στο πλάσμα ήταν χαμηλότερη στις λεχιδες συγκριτικά με γυναίκες που έπαιρναν αντισυλληπτικά και με φυσιολογικούς μάρτυρες. Αντίθετα, ο λόγος τρυπτοφάνης/αμινοξέα (που ανταγωνίζονται την τρυπτοφάνη για τη δίοδο από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό) δεν διέφερε στις τρεις ομάδες. Υπήρχε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη συγκέντρωση της L-τρυπτοφάνης και στην ΑΘΛ.

Οι Kohl et al⁴⁹ βρήκαν συσχέτιση της εμφάνιση ΑΘΛ με τα χαμηλά επίπεδα ολικής τρυπτοφάνης στο πλάσμα μετά τον τοκετό.

α₂-αδρενεργικοί υποδοχείς: Οι Metz et al⁴⁰ και Best et al¹² αναφέρουν ότι ο αριθμός των α₂-αδρενεργικών υποδοχέων στα αιμοπετάλια εγκύων γυναικών πριν τον τοκετό ήταν μεγαλύτερος του αντίστοιχου μη εγκύων γυναικών (ομάδα ελέγχου) και μειωνόταν φυσιολογικά μετά τον τοκετό ανταποκρινόμενος στη μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Η ομάδα των γυναικών που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ, 7–10 ημέρες μετά τον τοκετό είχαν την ίδια ικανότητα σύνδεσης στους α₂-αδρενεργικούς υποδοχείς των αιμοπεταλίων με την ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, η ομάδα των γυναικών που εμφάνισαν ΑΘΛ είχαν μεγαλύτερη ικανότητα σύνδεσης στους α₂-αδρενεργικούς υποδοχείς των αιμοπεταλίων 7–10 ημέρες μετά τον τοκετό, σε σύγκριση τόσο με την ομάδα που δεν εμφάνισε ΑΘΛ όσο και με την ομάδα ελέγχου. Οι συγγραφείς διατυπώνουν την υπόθεση ότι οι γυναίκες με υψηλή α₂-αδρενεργική ικανότητα σύνδεσης μπορεί να έχουν προδιάθεση για εμφάνιση ΑΘΛ.

Κατεχολαμίνες: Οι Kuevi et al³⁶ μέτρησαν τα επίπεδα των κατεχολαμινών στο αίμα και βρήκαν ότι, στην ομάδα των γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα ΑΘΛ μόνο μία ημέρα, τα επίπεδα ήταν χαμηλότερα

εκείνη την ημέρα σε σύγκριση με τις προηγούμενες και τις μεταγενέστερες ημέρες. Επίσης, στην ομάδα των γυναικών που παρουσίασαν συμπτώματα ΑΘΛ καθόλη τη διάρκεια της μελέτης (2η–5η ημέρα της λοχείας) τα επίπεδα των κατεχολαμινών ήταν χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των γυναικών που δεν εμφάνισαν καθόλου τη διαταραχή.

β. Ενδορφίνες

Κατά τον τοκετό, τα επίπεδα της β-ενδορφίνης είναι 30 φορές υψηλότερα των αντίστοιχων τιμών φυσιολογικών μη εγκύων γυναικών. Μετά τον τοκετό, η συγκέντρωση της β-ενδορφίνης παρουσιάζει ραγδαία πτώση, ιδιαίτερα την 1η ώρα μετά την ολοκλήρωση του τοκετού, φθάνοντας στα φυσιολογικά επίπεδα στο τέλος του 1ου 24ώρου.⁵⁰

Σύμφωνα με τους Brinsmead et al,⁵¹ η επιδείνωση των γνωσιακών επιδόσεων τη 2η–4η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με τη μείωση των επιπέδων της β-ενδορφίνης από την ημέρα του τοκετού έως την 4η ημέρα. Οι Kinball et al⁵² διαπίστωσαν συσχέτιση της βαρύτητας της ΑΘΛ με τα χαμηλά επίπεδα β-ενδορφίνης. Οι συγγραφείς υποθέτουν ότι η ΑΘΛ μπορεί να οφείλεται στην ελάττωση των αποθεμάτων ενδορφίνης λόγω του stress του τοκετού. Η ελάττωση αυτή οδηγεί στην εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων (ΑΘΛ) καθώς τα επίπεδα της ενδορφίνης μειώνονται απότομα μετά τον τοκετό, μετά από μια περίοδο πολλών μηνών ιδιαίτερα υψηλών συγκεντρώσεών της.

Ανοσολογικοί παράγοντες

Οι Maes et al⁵³ αναφέρουν ότι λεχιδες με υψηλές τιμές στις μετρήσεις άγχους την 1η και 3η ημέρα της λοχείας εμφάνιζαν αυξημένες συγκεντρώσεις στο πλάσμα ιντερλευκίνης 6 (IL-6) και του ανταγωνιστή του υποδοχέα της IL-1 (IL-1RA), καθώς και χαμηλότερες συγκεντρώσεις του υποδοχέα του ανασταλτικού παράγοντα της λευχαιμίας (LIFR). Παρομοίως, λεχιδες με αυξημένες τιμές στις μετρήσεις κατάθλιψης τις ίδιες ημέρες είχαν αυξημένες συγκεντρώσεις στο πλάσμα IL-6 και (IL-1RA). Τα παραπάνω ευρήματα είναι ενδεικτικά ενεργοποίησης του συστήματος απόκρισης στη φλεγμονή (IRS: inflammatory response system) στις λεχιδες με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα στη λοχεία. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ενεργοποίηση του IRS μπορεί να συμμετέχει στην αιτιοπαθογένεια της ΑΘΛ.

Αναιμία και φυλλικό οξύ

Οι Meyer et al⁵⁴ μελέτησαν τη σχέση αναιμίας και εμφάνισης ΑΘΛ. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι οι γυναίκες που θα παρουσιάσουν αναιμία (Ht<10 g/dL) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ΑΘΛ και ότι η θεραπεία της αναιμίας με ανθρώπινη ανασυνδρασμένη ερυθροποιητίνη (rhEPO) θα βελτιώνει τη συμπτωματολογία του φαινομένου. Η μελέτη επιβεβαίωσε την πρώτη υπόθεση, δηλαδή οι γυναίκες που εμφάνισαν αναιμία εκδήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΑΘΛ, αλλά όχι και τη δεύτερη.

Επίσης, οι Rouillon et al⁵⁵ μελέτησαν την επίδραση του φυλλικού οξέος στην ΑΘΛ. Το φυλλικό οξύ, εκτός από το ρόλο του στην ερυθροποίηση, είναι απαραίτητο και για τη σύνθεση άλλων πρωτεϊνικών μορίων, όπως της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης. Στην ανωτέρω μελέτη δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα του φυλλικού οξέος του πλάσματος και των ερυθροκυττάρων και στην εμφάνιση ΑΘΛ την 3η ημέρα της λοχείας.

Ύπνος

Οι Wilkie και Shapiro⁵⁶ αναφέρουν θετική συσχέτιση της ΑΘΛ αφενός με διαταραχή του ύπνου στα τελικά στάδια της κύησης και αφετέρου με τον τοκετό που γίνεται κατά τις βραδινές ώρες.

Γυναικολογικοί παράγοντες

Γυναικολογικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τον τοκετό

Έχουν μελετηθεί διεξοδικά μια σειρά από γυναικολογικούς παράγοντες που αφορούν στον τοκετό, από τον ημερολογιακό μήνα του τοκετού έως ακόμα και το ποσό της απώλειας αίματος. Αναλυτικότερα:

Οι Hannah et al⁵⁷ βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με τοκετό που γίνεται με καισαρική τομή, με εργώδη τοκετό και με χαμηλό βάρος του νεογνού (<2 kg).

Σύμφωνα με τους Ferber et al,⁵⁸ η καταστροφολογία του πόνου του τοκετού από την επίτοκο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ΑΘΛ στη λοχεία.

Οι O'Hara et al⁴² δεν διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης ΑΘΛ και στρεσογόνων συμβάντων κατά τον τοκετό. Παρόμοια αρνητικά ευρήματα αναφέρουν τόσο οι Nagata et al⁵⁹ για το φύλο του νεογνού, το βάρος του, τη σειρά γέννησης και τη μέθοδο του τοκετού, όσο και οι Hay και Levy¹⁰ σχετικά με τη μέθοδο του τοκετού και την κατάσταση της υγείας του παιδιού.

Θηλασμός

Οι Hannah et al⁵⁷ βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με την αποχή από το θηλασμό. Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν και οι Thalassinos et al^{60,61} και Georgas et al.⁶²

Αντίθετα, τόσο ο Bonnin¹⁶ όσο και οι Lanczik et al⁶³ αναφέρουν ότι οι γυναίκες που θήλαζαν είχαν υψηλότερες τιμές στις μετρήσεις κατάθλιψης τις πρώτες ημέρες της λοχείας (πιθανώς, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, λόγω των υψηλότερων επιπέδων προλακτίνης).

Οι Kendell et al,^{64,65} ο Davidson,⁶⁶ οι Nott et al,⁴⁴ οι O'Hara et al⁴² και οι Hay και Levy¹⁰ δεν διαπίστωσαν σχέση θηλασμού και ΑΘΛ.

Παράγοντες σχετιζόμενοι

με την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας

Εμμηνο ρύση

Οι Nott et al,⁴⁴ Condon και Watson,⁶⁷ καθώς και ο Henshaw,⁶⁸ αναφέρουν συσχέτιση της ΑΘΛ με το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσης. Αντίθετα, ο Harris^{69,70} δεν διαπίστωσε συσχέτισή της με δυσκολίες σχετιζόμενες με την έμμηνο ρύση.

Αριθμός προηγούμενων τοκετών

Συσχέτιση της ΑΘΛ με το να είναι η γυναίκα πρωτότοκος αναφέρουν οι Nott et al,⁴⁴ Gard et al,⁷¹ Pop et al^{72,73} και Lanczik et al.⁶³

Αντίθετα, ο Davidson⁶⁶ αναφέρει αυξημένη συχνότητα ΑΘΛ σε γυναίκες πολυτόκου.

Οι O'Hara et al,⁴² Kendell et al^{64,65} και Hay και Levy¹⁰ δεν βρήκαν συσχέτιση της εμφάνισης ΑΘΛ με τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών.

Αμβλωση

Ο Devore⁷⁴ δεν διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ αναφερόμενης άμβλωσης και εμφάνισης ΑΘΛ.

Εμμηνόπαυση

Σύμφωνα με την έρευνα των Stewart και Boydell,⁷⁵ γυναίκες που εμφανίζουν υψηλού βαθμού ψυχολογική δυσφορία την περίοδο της εμμηνόπαυσης αναφέρουν, αναδρομικά, συχνότερα εμφάνιση ΑΘΛ, μεταλόχειας κατάθλιψης, ιστορικό κατάθλιψης και λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής και, τέλος, δυσφορία οφειλόμενη στη λήψη αντισυλληπτικών και στο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσης.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Δημογραφικά στοιχεία: Οι O'Hara et al⁴² δεν διαπίστωσαν συσχέτιση της ΑΘΛ με την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης.

Οι Hay και Levy¹⁰ αναφέρουν μειωμένη επίπτωση ΑΘΛ σε γυναίκες ηλικίας 35–39 ετών, δεν βρήκαν όμως συσχέτιση με άλλους δημογραφικούς παράγοντες, όπως την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ενασχόληση ή τα έτη παραμονής στο Χονγκ-Κονγκ, όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη τους.

Αρνητικά ευρήματα αναφέρουν, τέλος, και οι Nagata et al^{58,59} και Rouillon et al⁵⁵ για την ηλικία, το είδος της εργασιακής απασχόλησης και την εκπαίδευση των δύο συζύγων.

Όπως γίνεται φανερό από τις παραπάνω μελέτες, δεν προκύπτουν δεδομένα συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων με την εμφάνιση ΑΘΛ.

Ψυχιατρικό αναμνηστικό ιστορικό: Οι O'Hara et al,⁴² Andreoli et al,⁷⁶ καθώς και ο Henshaw,⁶⁸ αναφέρουν συσχέτιση της εμφάνισης ΑΘΛ τόσο με το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης όσο και με το κληρονομικό ιστορικό κατάθλιψης σε συγγενή πρώτου βαθμού.

Ο Harris^{9,69,70} και οι Okano και Nomura³² δεν βρήκαν συσχέτιση της ΑΘΛ με την εμφάνιση της διαταραχής σε προηγούμενη λοχεία.

Γεγονότα ζωής: Οι Pop et al^{72,73} και O'Hara et al⁴² αναφέρουν συσχέτιση της ΑΘΛ με πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής.

Κύηση: Ο Harris⁷⁶ δεν διαπίστωσε συσχέτιση της ΑΘΛ με δυσφορία σε σχέση με την κύηση, με επιθυμία για το παιδί (και για το φύλο του), με προγραμματισμό της εγκυμοσύνης και με φόβο για τον τοκετό. Αντίθετα, η εμφάνιση της διαταραχής συσχετιζόταν με επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και υστερίας τον 8ο μήνα της εγκυμοσύνης και με αναφορά επεισοδίου κλάματος δύο εβδομάδες πριν από τον τοκετό.

Σύμφωνα με τους Murata et al⁷⁷ και Henshaw,⁶⁸ η κακή συναισθηματική κατάσταση πριν από την εγκυμοσύνη συσχετίζεται με καταθλιπτικά συναισθήματα μετά τον τοκετό.

Οι Knight και Thirkettle^{78,79} αναφέρουν ότι οι μόνοι παράγοντες που προέβλεπαν την εμφάνιση ΑΘΛ ήταν το άγχος και ο φόβος για τον τοκετό. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της διαταραχής με την αναμενόμενη ή την πραγματική εμπειρία του τοκετού, καθώς και το αν η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή ή όχι.

Παράγοντες σχετιζόμενοι με την προσωπικότητα: Οι Murata et al⁸⁰ αναφέρουν ότι η εμφάνιση της ΑΘΛ σχετίζεται με υψηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες υποχονδρίας, κατάθλιψης και παράνοιας στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Το παραπάνω εύρημα, κατά τους συγγραφείς, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που θα εμφανίσουν ΑΘΛ είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο του τοκετού και αναστατώνονται πιο εύκολα από τη στάση των ανθρώπων γύρω τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Οι Ehler et al³¹ αναφέρουν συχνότερη εμφάνιση ΑΘΛ σε γυναίκες που ήταν αγχώδεις (το άγχος μετρήθηκε ως στοιχείο της προσωπικότητας) και χρησιμοποιούσαν παθητικούς τρόπους για την αντιμετώπιση των δυσμενών καταστάσεων (coping strategies). Οι Γονιδάκης και συν⁸¹ διαπίστωσαν συσχέτιση της εμφάνισης της διαταραχής με υποχονδρικά στοιχεία της προσωπικότητας.

Ο Henshaw,⁶⁸ σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφέρει συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με το νευρωτισμό.

Οικογένεια: Οι Murata et al⁸⁰ βρήκαν ότι η εμφάνιση της ΑΘΛ ήταν πιο συχνή σε γυναίκες που ένιωθαν ότι δεν είχαν δεχθεί αρκετή φροντίδα από τη μητέρα τους όταν ήταν παιδιά, καθώς και σε γυναίκες με ανεπαρκή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το σύζυγό τους, τη μητέρα τους ή άλλους συγγενείς.

Οι Ehler et al³¹ και M'Bailara et al⁸² αναφέρουν συσχέτιση της ΑΘΛ με τη δυσaréσκεια των γυναικών από το γάμο τους και τη δυσκολία αποδοχής του μητρικού τους ρόλου.

Παραμονή στο μαιευτήριο: Σε πρόσφατη μελέτη των Sakumoto et al⁸³ συγκρίθηκαν οι γυναίκες που, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, είχαν τα νεογνά μαζί τους στο δωμάτιο νοσηλείας τους, με εκείνες των οποίων τα νεογνά παρέμεναν σε ειδικό θάλαμο υπό τη φροντίδα των μαιών και οι μητέρες τα φρόντιζαν μόνο κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η ΑΘΛ ήταν πολύ συχνότερη στις γυναίκες της δεύτερης ομάδας.

Ο Bonnin,¹⁶ καθώς και οι Kendell et al,¹¹ βρήκαν ότι οι γυναίκες που εξέρχονται του μαιευτηρίου στις 48 ώρες μετά τον τοκετό εμφανίζουν σε μικρότερο ποσοστό από τις υπόλοιπες καταθλιπτικά συναισθήματα και κλάμα. Μια από τις ερμηνείες που δίνουν οι Kendell et al¹¹ είναι ότι συνήθως οι γυναίκες που

εξέρχονται στις 48 ώρες είναι πολυτόκες και πιθανόν η ΑΘΛ να είναι λιγότερο συχνή σε πολυτόκες συγκριτικά με πρωτοτόκες γυναίκες.

Ωστόσο, η Levy⁸⁴ αναφέρει απουσία συσχέτισης της εμφάνισης ΑΘΛ με τις ημέρες παραμονής στο μαιευτήριο.

Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες: Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ΑΘΛ είναι λιγότερο συχνή σε μη δυτικού τύπου κοινωνίες ή ότι ακόμα, όπως αναφέρει η Ugarizza,^{85,86} αποτελεί ένα πολιτισμικά εξαρτώμενο σύνδρομο (cultural bound syndrome) το οποίο παρατηρείται στις δυτικές κοινωνίες, όπου έχουν αμβλυνθεί οι υποστηρικτικοί τύπου τελετουργίες και έθιμα για τη λεχιάδα.

Οι Yalom et al,³ αναφερόμενοι στον πληθυσμό των ΗΠΑ της δεκαετίας του '60, τονίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νέες μητέρες σε μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα.

Ο Harris⁶⁹ μελέτησε και κατέγραψε την ΑΘΛ σε Αφρικανές γυναίκες στην Τανζανία, όπου παρατήρησε ότι υπήρχε μεγαλύτερη τάση σωματοποίησης του άγχους σε σχέση με αγγλοσαξονικής καταγωγής γυναίκες, ενώ ο Adewuya⁸⁷ ανέφερε ότι η εμφάνιση της διαταραχής σε Νιγηριανές μητέρες σχετιζόταν με το να είναι η μητέρα άγαμη και το νεογνό θήλυ. Σε παρόμοια μελέτη του Davidson⁸⁸ σε Τζαμαϊκανές μητέρες, αναφέρεται από το συγγραφέα ότι σε συνεντεύξεις με μητέρες που εμφάνισαν ΑΘΛ κυριαρχούσαν οι σκέψεις ότι μετά τον τοκετό η γυναίκα είχε χάσει την ομορφιά της. Το παραπάνω εξηγείται από την πολιτισμική πεποίθηση του Αφροαμερικανικού πληθυσμού της Τζαμαϊκάς ότι η εγκυμοσύνη προσφέρει στη γυναίκα επιπλέον ομορφιά. Μια άλλη πεποίθηση του ίδιου πληθυσμού ήταν ότι η καισαρική τομή θα οδηγούσε σε φτωχότερη υγεία.

Οι Nagata et al,⁸⁹ μελετώντας στην Ιαπωνία την πιθανή ευεργετική επίδραση του εθίμου της επιστροφής της λεχιάδας στη γονική οικογένεια για ένα μήνα μετά τον τοκετό (satogaeri bunben), αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση της ΑΘΛ με το αν τελικά η λεχιάδα ακολούθησε το έθιμο, αν θα είχε βοήθεια για το μέγιστο του παιδιού, αν υπήρχε κάποιος για να ζητήσει συμβουλή ή αν είχε στον κοινωνικό της περίγυρο άλλες γυναίκες με παιδιά παρόμοιας ηλικίας.

Οι Pop et al^{72,73} μελέτησαν τη σχέση της ΑΘΛ με το αν ο τοκετός έγινε στο μαιευτήριο ή στο σπίτι. Αν και στην αρχική στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο σπίτι εμφάνιζαν

μικρότερα ποσοστά ΑΘΛ, όταν διορθώθηκε η ανάλυση για να ληφθεί υπόψη και το αν η γυναίκα ήταν πρωτοτόκος ή πολυτόκος (οι γυναίκες που γεννούσαν στο σπίτι τους ήταν κατά κανόνα πολυτόκες), η διαφορά αυτή εξαφανίστηκε.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Βιολογικές θεραπείες: Στη βιβλιογραφία αναφέρονται δύο σχετικές μελέτες, χωρίς όμως θετικά αποτελέσματα. Στην πρώτη, ο Harris⁷⁰ χορήγησε L-τροπτοφάνη για 10 ημέρες σε λεχιάδες που εμφάνισαν ΑΘΛ. Στη δεύτερη, οι Meyer et al⁵⁴ χορήγησαν rhEPO με στόχο τη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης των λεχιάδων μέσω βελτίωσης της αναιμίας.

Πρόσφατα, δοκιμάστηκε στην Ιαπωνία το παραδοσιακό φυτικό φάρμακο Xiong qui tiao xue yin, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, στην ομάδα που έλαβε το σκεύασμα μειώθηκε κατά 50% το ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν ΑΘΛ.⁹⁰

Ψυχολογικές θεραπείες και παρεμβάσεις: Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι περισσότεροι συγγραφείς τονίζουν την αξία της ψυχοεκπαίδευσης, τόσο πριν από τον τοκετό όσο και κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων ΑΘΛ. Ας σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ευρύτερα αποδεκτές οδηγίες για το πώς, τότε και από ποιον πρέπει να αντιμετωπιστεί η ΑΘΛ.

Οι Gale και Harlow⁹¹ και Kleeb et al⁹² προτείνουν ως τρόπο αντιμετώπισης της ΑΘΛ κυρίως την ψυχοεκπαίδευση και την καθυσύχασση των γυναικών για τον παροδικό και ήπιο χαρακτήρα της θλίψης της μητρότητας. Στον τομέα της πρόληψης, οι ίδιοι συγγραφείς προτείνουν –λόγω της υψηλής συχνότητας της διαταραχής– την πληροφόρηση των γυναικών, όταν πλησιάζουν στην ημερομηνία του τοκετού, για την πιθανότητα εμφάνισης θλίψης της μητρότητας.

Οι Newport et al,⁹³ σε μια πρόσφατη ανασκόπηση των δεδομένων για τη μεταλόχεια κατάθλιψη, τονίζουν ότι 20% των γυναικών που εμφάνισαν θλίψη της μητρότητας διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης μεταλόχειας κατάθλιψης εντός του 1ου έτους από τον τοκετό. Ο Ferber⁹⁴ βρήκε ότι οι πρωτοτόκες μητέρες με θλίψη της μητρότητας εμφανίζουν μειωμένη σωματική επαφή με το βρέφος.

Τα παραπάνω τονίζουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού παρεμβάσεων για τη θλίψη της μητρότητας, η οποία, αν και παροδική και ήπια, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική ανάπτυξη του νεογνού και, επιπλέον, πιθανόν να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μεταλόχειας κατάθλιψης.

Maternity blues

F. Gonidakis

1st Psychiatry Clinic, "Eginition" Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2007, 18:132–142

Maternity blues is a transient change of mood that occurs mainly between the 1st and 10th day of puerpartum and is characterized by bursts of tears, mild depressive mood, anxiety and lability of mood. The frequency of maternity blues varies in different studies from 4% to 80%. A number of biological and psychosocial parameters have been studied in order to determine their correlation with maternity blues. The most well studied biological parameters are progesterone and cortisol although their relation with maternity blues has not yet been clearly defined. Stress and the emotional state of the woman during pregnancy as well as history of mood disorders or maternity blues in a previous birth are the psychosocial parameters that are more likely to correlate with the occurrence of maternity blues. Most of the authors suggest that information on maternity blues and reassurance of the woman are the best way to deal with maternity blues both on preventive and therapeutical basis.

Key words: Puerpartum, maternity blues.

Βιβλιογραφία

1. Savage G. Observations on the insanity of pregnancy and childbirth. *Guy's Hosp Rep* 1875, 20:83–117
2. Hamilton JA. *Postpartum psychiatric problems*. CV Mosby Co, St Louis, 1962
3. Yalom I, Lunde DT, Moos RH et al. Postpartum blues' syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1968, 18:16–27
4. Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973, 122:431–433
5. Pitt B. A typical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968, 114:1325–1335
6. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* 1986, 155:356–362
7. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological and psychiatric factors. *Br J Psychiatry* 1986, 155:367–373
8. Kennerley H, Gath D. Maternity blues reassessed. *Psychiatr Dev* 1986, 4:1–17
9. Harris B, Lovett L, Newcombe R et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *Br Med J* 1994, 308:949–953
10. Hau F, Lev. The maternity blues and Hong-Kong Chinese women: an exploratory study. *J Affect Disord* 2003, 75:197–203
11. Kendell RE, Mackenzie WE, West C et al. Day to day changes after childbirth: Further data. *Br J Psychiatry* 1984, 145:620–625
12. Best NR, Wiley M, Stump K et al. Binding of tritiated yohimbine to platelets in women with maternity blues. *Psychol Med* 1988, 18:837–842
13. Rodhe LA, Busnello E, Wolf A et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:231–235
14. Taylor A, Doran C, Glover V. Urinary phenylethylamine and cortisol levels in the early puerperium. *J Affect Disord* 1996, 37:137–142
15. Taylor A, Littlewood J, Adams D et al. Serum cortisol levels are related to mood of elation and dysphoria in new mothers. *Psychiatry Res* 1994, 54:241–247
16. Bonnin F. Cortisol levels in saliva and mood changes in early puerperium. *J Affect Disord* 1992, 26:231–239
17. Sutter AL, Leroy V, Dallay D et al. Postpartum blues and mild depression symptomatology at days three and five after delivery. A French cross sectional study. *J Affect Disord* 1997, 44:1–4
18. Beck CT. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res* 2001, 50:275–285
19. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996, 45:297–303
20. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29:250–264
21. Kumar R. An overview of postpartum psychiatric disorders. *NAACOGS Clin Issu Perinat Women Health Nurs* 1990, 1:351–358
22. Harris B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1980, 136:520–521
23. Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K et al. Types and characteristics of short-term course of depression after delivery: using Zung's Self-Rating Depression Scale. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1991, 45:565–576

24. Braunstein G. Endocrine changes in pregnancy. In: *Williams' textbook of endocrinology*. 10th ed. WB Saunders Co, Philadelphia, 2003:795–810
25. Μανιάς Ν. Ενδοκρινολογία της κήσεως. Στο: Σέγκκος Χ, Μανιάς Ν (Συντ.) *Γυναικολογική Ενδοκρινολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992:469–485
26. Magiakou MA, Mastorakos G, Webster E et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system. *Ann N Y Acad Sci* 1997, 816:42–56
27. Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D et al. Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: Implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *J Clin Endocrinol Metab* 1997, 81: 1912–1917
28. Goland S, Wardlaw S, Stark R et al. High levels of corticotropin-releasing hormone immunoreactivity in maternal and fetal plasma during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 1986, 63: 1199–1203
29. Maes M, Claes M, Schotte C et al. Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of L-tryptophane and tyrosine in early puerperium and in women under contraceptive therapy. *J Psychosom Res* 1992, 36:191–197
30. Kalandaridou SN, Makrigiannakis A, Mastorakos G et al. Roles of reproductive corticotropin releasing hormone. *Ann N Y Acad Sci* 2003, 997:129–135
31. Ehler U, Pattala U, Kirschbaum C et al. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *J Psychosom Res* 1990, 34:319–325
32. Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992, 16:921–932
33. Handley SL, Dunn TL, Waldron G et al. Tryptofane, cortisol and puerperal mood. *Br J Psychiatry* 1980, 136:498–508
34. Feski A, Harris B, Walker RF et al. Maternity blues and hormone levels in saliva. *J Affect Disord* 1984, 6:351–355
35. Nappi R, Petraglia F, Luisi S et al. Serum allopregnanolone in women with postpartum blues. *Obstet Gynaecol* 2002, 97:77–80
36. Kuevi V, Causon A, Dixon AF et al. Plasma amine and hormone changes in post-partum blues. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1983, 19:39–46
37. Majewska MD, Ford-Rice F, Falkey G. Pregnancy-induced alterations in GABA_A receptor sensitivity in maternal brain: an antecedent of post-partum “blues”? *Brain Res* 1989, 482:397–401
38. Mellon SH, Deschepper CF. Neurosteroids biosynthesis: genes for adrenal steroidogenic enzymes are expressed in the brain. *Brain Res* 1993, 629:283–292
39. Arpel J. The female brain hypoestrogenic continuum from the premenstrual syndrome to menopause. A hypothesis and review of supporting data. *J Reprod Med* 1996, 41:633–639
40. Metz A, Cowen P, Gelder M et al. Changes in platelet α_2 -adrenoceptor binding post partum: possible relation to maternity blues. *Lancet* 1983, i:495–498
41. Heidrich A, Schleyer M, Spingler H et al. Postpartum blues: relation between non protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *J Affect Disord* 1994, 30:93–98
42. O'Hara M, Schlechte J, Lewis D et al. Prospective study of postpartum blues. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:801–806
43. Granger ACP, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001, 22:49–55
44. Nott PN, Franklin M, Armitage C et al. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiatry* 1976, 127:379–383
45. George AJ, Copeland JPM, Wilson KCM. Prolactin secretion and the postpartum blues syndrome. *Br J Pharmacol* 1980, 70:102P
46. Ijuin T, Douchi T, Yamamoto S et al. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. *J Obstet Gynaecol Res* 1998, 24:49–55
47. Kuijpers L, Vader L, Drexhage A et al. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression post partum. *Eur J Endocrinol* 2001, 145:579–584
48. Maes M, Claes M, Schotte C et al. Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of L-tryptophane and tyrosine in early puerperium and in women under contraceptive therapy. *J Psychosom Res* 1992, 36:191–197
49. Kohl C, Walsch T, Huber R et al. Measurement of tryptophan, kynurenine and neopeptin in women with and without postpartum blues. *J Affect Disord* 2005 86:135–142
50. Newman JP, Dennett P, Ferron S et al. A study of the relationship between circulating β -endorphin-like immunoreactivity and post partum blues. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1984, 20:167–177
51. Brinsmead M, Smith R, Singh B et al. Peripartum concentrations of beta endorphin and cortisol and maternal mood changes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1985, 25:194–197
52. Kimball C, Chang C, Champman M. Endogenous opioid peptides in intrapartum uterine blood. *Am J Obstet Gynecol* 1984, 149:79–82
53. Maes M, Lin A, Ombelet W et al. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. *Psychoendocrinology* 2000, 25:121–137
54. Meyer J, Eichhorn KH, Vetter K et al. Does recombinant human erythropoietin not only treat anemia but reduce postpartum (emotional) distress as well? *J Perinat Med* 1995, 23:99–109
55. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD et al. Follates and post partum depression. *J Affect Disord* 1992, 25:235–241
56. Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and the postnatal blues. *J Psychosom Res* 1992, 36:309–316
57. Hannah P, Adams D, Lee A et al. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992, 160:777–780
58. Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ. Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 192:826–831
59. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H et al. Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 101:209–217
60. Thalassinos M, Zittoun C, Rouillon F et al. Anxiety and depressive disorders in the postpartum period in pregnant females. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993, 22:101–106
61. Thalassinos M, Rouillon F, Engelmann P et al. Study of the relation of gynecologic and obstetric findings and psychological disorders of pregnancy and the puerpartum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988, 17:879–887
62. Georgas J, Giakoumaki E, Georgoulas N et al. Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications. *Psychother Psychosom* 1984, 41:200–206
63. Lanczik M, Spingler H, Heidrich A et al. Post partum blues: depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome? *J Affect Disord* 1992, 25:47–52
64. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y et al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981, 3:317–326
65. Kendell RE, Mackenzie WE, West C et al. Day to day changes after childbirth: Further data. *Br J Psychiatry* 1984, 145:620–625

66. Davidson JRT. Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *Br J Psychiatry* 1972, 121:659-663
67. Condon JT, Watson TL. The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 76:164-171
68. Hensaw C. Mood disturbances in the early puerperium: a review. *Arch Women Ment Health* 2003, 6(Suppl 2):S33-S42
69. Harris B. Maternity blues in East African clinic attenders. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 38:1293-1295
70. Harris B. Prospective trial of L-tryptofan in maternity blues. *Br J Psychiatry* 1980, 137:233-235
71. Gard PR, Handley SI, Parsons AD et al. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry* 1986, 148:567-575
72. Pop VJ, Wijnen HA, Van Montfort M et al. Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1995, 102:701-706
73. Pop VJ, De Geus CA, Van Son MM et al. Prevalence of postpartum depression or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993, 72:354-358
74. Devore NE. The relationship between previous elective abortions and postpartum depressive reactions. *JOGN Nurs* 1979, 8:237-240
75. Stewart DE, Boydell K. Psychological distress during menopause: associations across the reproductive cycle. *Int J Psychiatry Med* 1993, 23:157-162
76. Andreoli C, D'Addato F, Andreoli F et al. Early puerperal depression: the puerperal blues. *Minerva Ginecol* 1989, 41:173-176
77. Harris B, Lovett L, Smith J et al. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum and its hormonal correlation across the peripartum period. *Br J Psychiatry* 1996, 168:739-744
78. Knight R, Thirkettle A. The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post partum period. *J Psychosom Res* 1987, 31:351-357
79. Knight R, Thirkettle A. Anxiety and depression in the immediate post-partum period controlled investigation of a primiparous sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1986, 20:430-436
80. Murata A, Nadaoka T, Morioka Y et al. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest* 1998, 46:99-104
81. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E et al. Maternity blues in Athens Greece. A study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord* 2006, 28 (In press)
82. M'Bailara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E et al. Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors. *Encephale* 2005, 31:331-336
83. Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K. Post-partum maternity blues as a reflection of newborn nursing care in Japan. *Int J Gynecol Obstet* 2002, 78:25-30
84. Levy V. The maternity blues in post-partum and post-operative women. *Br J Psychiatry* 1987, 151:368-372
85. Ugarizza DN, Robinson MK. Assessment of postpartum depression: a review of the research data. *Online J Knowl Synth Nurs* 1997, 4:6
86. Ugarizza DN. Postpartum affective disorders: incidence and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997, 30:29-32
87. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 193:1522-1525
88. Davidson JRT. Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *Br J Psychiatry* 1972, 121:659-663
89. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H et al. Depression in the mother and maternal attachment-results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology* 2003, 36:142-151
90. Ushiroyama T, Sakuma K, Ueki M. Efficacy of the kampo medicine xiong-qui-tio-xue-yin, a traditional herbal medicine, in the treatment of maternity blues syndrome in the postpartum period. *Am J Chin Med* 2005, 33:117-126
91. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24:257-266
92. Kleeb B, Rageth CJ. Influence of prophylactic information on the frequency of baby blues. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2005, 209:22-28
93. Newport J, Hostetter A, Arnold A et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002, 63(Suppl 7):31-44
94. Ferber SG. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Hum Dev* 2004, 79:65-75

Αλληλογραφία: Φ. Γονιδάκης, Φειδιππίδου 6, 115 26 Αθήνα
 Τηλ.: 210-77 98 385, 6977 370 056
 e-mail: fragoni@yahoo.com