

## עצבות, דיכאון ופסיכוזה לאחר לידה\*

### תיאור התופעה

המצב הנפשי של אמהות מיד לאחר לידה הוא רגיש. נשים רבות סובלות לאחר לידה מירידה במצב הרוח, הבאה לידי ביטוי בבכי, חרדה, קשיי ריכוז ואי שקט בדרגות שונות של חומרה. תופעה זו היתה מוכרת עוד בעולם העתיק ותוארה על ידי רופאים כגלגוס והיפוקרטס. הם כינו את התסמונת "קדחת החלב" milk fever עקב הופעתה פעמים רבות עם תחילת ההנקה<sup>1</sup>.

למעשה ישנן שלוש דרגות של התופעה:

א. עצבות לאחר לידה: Baby blues, maternity blues

זוהי תופעה שכיחה מאד, המופיעה ב 80%-20% מהיולדות<sup>2</sup>. היא מתחילה בדרך כלל ימים ספורים לאחר הלידה, ומתאפיינת בבכי, הרגשת עצב ואי שקט. התסמינים אינם מפריעים לתפקוד היום-יומי, והם חולפים מעצמם תוך כמה ימים. עקב שכיחותה הרבה התופעה אינה נחשבת לתופעה פתולוגית, ואין צורך בטיפול תרופתי או פסיכולוגי. עם זאת, הבנה, אמפטיה ותמיכה סביבתית עשויים לזרז את היעלמות הסימנים.

ב. דיכאון לאחר לידה: תסמונת זו חמורה יותר. היא מתאפיינת בצער עמוק, בבכי רב וכחרדה גוברת. ישנם גם סימנים גופניים כחוסר תיאבון, חוסר שינה, עייפות רבה ולעתים גם עור יבש וקצות גפיים קרות. כולט גם חוסר רצון לחיות, חוסר תקווה לגבי העתיד, תחושת חוסר אונים וחוסר יכולת להיעזר. לעתים החולה מתלוננת על דפיקות לב ולחץ בחזה. כניגוד לעצבות לאחר לידה, ללא טיפול, דיכאון זה יכול להימשך זמן רב, אפילו חודשים ארוכים, ותוארו אף מקרים של דיכאון לאחר לידה שנמשך שנים<sup>3</sup>. במקרים אלו יש צורך בטיפול מיידי, גם בגלל התופעות החמורות כשלעצמן וגם הסכנה של התאבדות החולה.

ג. פסיכוזה לאחר לידה: מחלה קשה המתאפיינת בשינויים קשים

במצב הרוח ובירידה בתפקוד המנטלי הכללי.

\* מאמר זה מציג לפני הקוראים ידע רפואי בסיסי ומעודכן בנושא. לידע זה השלכות רבות על פסיקה הלכתית, המסורה כמובן למורי ההוראה בישראל. -- העורך.  
1. יאנקו י, רצוני ג, וטיאנוש: עצבות ודיכאון לאחר לידה. הרפואה, 125 ט', 1993.

2. Whiffin VE, Vulnerability to post partum depression : a prospective multivariant study. *J. Abnor. Psychol*, 1988; 97: 467- 471.

3. Weissman MM, Olfson M, Depression in women. Implication on health care research. *Science*, 1995; 269: 799-80.

השכיחות המתוארת בספרות היא של 0.2% (1:500) מהיולדות. כאן מדובר בשינויים דרסטיים במצב הרוח של היולדת, מדיכאון קיצוני לתחושת שמחה ופעלתנות מוגברת (מאניה). בולטות בפסיכוזה תופעות של בלבול והזיות, יחד עם חוסר התמצאות בזמן ובמקום. כמו כן ישנן תופעות של עיוות המציאות עד כדי כך שהחולה אינה מכירה לעתים את בני משפחתה ותופעת איבוד האישיות (דפרסונליזציה) – החולה מתייחסת אל עצמה כמישהו אחר, ולעתים מתכחשת לתינוק: "הוא לא שלי", "זה בכלל לא תינוק" וכדומה. בנוסף לחוסר התיפקוד, קיימת כאן סכנה משמעותית של התאבדות ולעתים אף פגיעה אלימה בבני משפחה, בעיקר בתינוק. בארץ דווח בהרחבה על שני אירועים דרמטיים, אחד של אם שהטביעה את שתי בנותיה באמבטיה והשני של אם שזרקה את תינוקה מחלון ביתם. שתי הנשים סבלו מפסיכוזה לאחר לידה. מחקרים מדווחים על סיכון בשיעור של 4% מהיולדות הסובלות מתסמונת זו לפגיעה קשה בעצמן או בילדן<sup>4</sup>.

### הסיבות לתופעה

הסיבה לשינויים במצב הרגשי לאחר לידה היו נושא למחקרים רבים<sup>5</sup>. ככלל ניתן לסכמם בשתי גישות מרכזיות: גישה ביוכימית, המחפשת את סיבת התופעה בחומרים ביוכימיים המצויים בדם היולדת, וגישה פסיכולוגית, התולה את הסימנים במתח הרב של ההריון והלידה, במצב הדחק (סטריס) של הלידה או בנטל האחריות הנופל לפתע על האם הצעירה. התומכים בגישה הראשונה ניסו למצוא את החומר האחראי לתסמונת. לאחר לידה יש ירידה משמעותית בהפרשתם של הורמוני מין כאסטרוגן ופרוגסטרון ועליה ברמת הפרולקטין והקורטיזול בדם<sup>6</sup>. נסיונות מעבדתיים לגלות קשר בין רמות הורמונים אלו למצב הנפשי של היולדות לא העלו ממצאים חד משמעיים. גם לא נמצא קשר בין רמה נמוכה של הורמון בלוטת התריס, שביטוייה הקליניים גורמים לעתים לתסמינים דומים לדיכאון או פסיכוזה לאחר לידה. אף אנדרופינים, חומצות שומן וטריפטופן לא נמצאו כקשורים בכמותם למצב רגשי. ניסיונות טיפוליים בהורמונים וויטאמינים שונים לא הוכחו כיעילים<sup>7</sup>.

4. Pariser SF & al, Post partum mood disorders: clinical prospectives. *J. of Women's health*, 6; 4, 1997.
5. Harris B, Lovett L, Newcombe R, Maternity blues and major endocrine changes. *BMJ*, 1994; 308: 949-953.
6. פרי ת, ניצן ד, קפלן ב, בן רפאל צ, דיכאון לאחר לידה. הרפואה, 136 ב', 1993.
7. O'Hara MW, Schlechte JA, Louis DA & Varner MW, Controlled prospective study of post partum mood disorders. *J. Abnor Psychol*, 1991; 100: 63-73.

הגישה הפסיכולוגית, הרואה בשינויים הרגשיים תגובה למצב הדחק, מסבירה את העצבות והדיכאון בשינוי הדראסטי שחוללה הלידה: שילוב של אי נוחות גופנית עם עייפות וחוסר שינה, חרדה מהאחריות לגורל התינוק ובניית מערכת קשרים חדשה בבית. הופעת התסמונת לעתים קרובות עם שובה של היולדת הביתה לאחר כמה ימים בהם היה גורם אחר המטפל בתינוק וביולדת עצמה, מחזקת השערה זו.

גורמי הסיכון שנמצאו קשורים לשכיחות גבוהה של דיכאון לאחר לידה הם לידה ראשונה, דיכאון או הפרעות נפשיות אחרות אצל היולדת או בני משפחתה בעבר, וכצפוי – בעיות בחיי המשפחה או חוסר תמיכה חברתית. כך נמצאו כגורמי סיכון מובהקים הריון לא מתוכנן, אם מובטלת או ראש משפחה מובטל<sup>8</sup>.

לא נמצא קשר ברור בין הריון ממושך או בעייתי, לידה קשה במיוחד, ניתוח קיסרי או משקל היילוד לרמת הדיכאון לאחר לידה. לידת תינוק מת קשורה כמובן בעצב תגובתי שאינו שונה מתגובת אָבל שאינה לאחר לידה. מעניין שהזנה מבקבוק, בניגוד להנקה, נמצאה באחד המחקרים<sup>9</sup> כקשורה סטטיסטית לדיכאון אחר לידה, אם כי ייתכן שאמהות מדוכאות ויתרו על ההנקה בשלב מוקדם יותר.

גורם הסיכון המשמעותי ביותר הוא דיכאון או פסיכוזה לאחר לידה קודמת. חשוב ביותר, כדי לקבוע אבחנה של הפרעה נפשית, לשלול כל אפשרות של מחלה אורגנית, כהפרעה בתפקודי בלוטת התריס (היפו או היפר תירוואידיזם) ומחלות נוספות העשויות להתבטא בתסמינים דומים.

## טיפול

טיפול תרופתי בדרך כלל אינו נחוץ ברוב רובן של היולדות הסובלות מעצבות לאחר לידה. התופעה, השכיחה כל כך, חולפת מאליה בדרך כלל תוך עשרה ימים עד שבועיים מהלידה. חשיבות רבה יש למעקב אחר היולדת העצובה, כיוון שלעתים רחוקות התסמינים מתחזקים והעצבות הופכת לדיכאון ממשי. ברוב המקרים תמיכה נפשית, הרגעה, הבנת התופעה ועידוד מצד בני המשפחה יזרזו את השיפור כמצב הרוח. במקרים מיוחדים יש צורך במתן תרופות היפנוטיות קלות לחוסר שינה חריף, אך אין צורך בטיפול תרופתי נוסף.

8. Warner R, Appelby L, Whitton A & Faraghet B, Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity *Br. J Psychiatry*, 1996; 168: 607-611.
9. Cox JL, Connory & Oth, Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth *Br. J. Psychiatry*, 1982; 140:111-117.

בדיכאון אחר לידה לעומת זאת, חשוב הטיפול הפרמקולוגי. ככל שהטיפול התרופתי יתחיל מוקדם יותר, תבריא החולה מהר יותר. יש לזכור שכאן הדיכאון עלול להתחיל לא מיד לאחר הלידה, אלא גם חודשים אחר כך, דבר המקשה לעתים על האבחנה. כאמור, בעבר נעשו ניסיונות טיפוליים בהורמונים וויטאמינים שונים, ללא יעילות מוכחת. תרופות אנטי דיכאוניות שונות היו יעילות אך לוו לעיתים בתופעות לוואי אטניכולינרגיות כיושב בפה, טשטוש ראייה, הפרעות במתן שתן עד עצירת שתן ועצירות. אלו הן התרופות ממשפחת נוגדי הדיכאון הטריציקליים, כ- Amitriptyline ו- Clomipramine ו-Nortriptyline. חסרון נוסף של תרופות אלו הוא שהשפעתן באה לידי ביטוי רק כעבור שלושה עד ארבעה שבועות. שוק חשמלי נוסה אף הוא בדיכאון אך הוא עלול לגרום להפרעות קשות בזיכרון.

בשנים האחרונות פותחו תרופות נוגדות דיכאון יעילות מאד, ועם מינימום של תופעות לוואי. תרופות מקבוצת ה-SSRI (מעכבים סלקטיביים של סרוטונין) כ- Paroxetine, (סרוקסט) או פלואוקסטיין (פרוזק, פריזמה או אפקטיין) נמצאות בשימוש רב. גם כאן חולף זמן עד שהשפעתן מורגשת, אך בדרך כלל פחות – בין שבועיים לשלושה שבועות. לאחר מכן, ברוב המקרים חל שינוי ברור וחד-משמעי במצב הרוח של החולה, בתיפקודה הכללי ואף בתיאבון ובשינה. לעתים השיפור הוא כל כך גדול, שהחולה סבורה שאפשר לחדול מלקיחת התרופות. יש להיזהר מלעשות זאת: אם כי בימים הראשונים תמשיך החולה להרגיש טוב בהשפעת התרופות, הסיכון שבדיכאון חוזר הוא גדול, ובשלב זה קיימת סכנה מוחשית להתנהגות אובדנית: פגיעה בעצמה או בתינוק. יש להמשיך את הטיפול התרופתי למשך כמה חודשים לפחות. עם זאת, מומלץ גם שיחות טיפוליות, תמיכה סביבתית, פעילות גופנית, שינה ותזונה הולמים שהינם חשובים לחזרה לתיפקוד מלא. לאחר כמה חודשים ניתן לרדת במינון הטיפול התרופתי, אך יש לעשות זאת בהדרגה ותוך כדי מעקב רפואי<sup>10</sup>.

ישנם חילוקי דעות לגבי המשך הנקה תוך כדי לקיחת תרופות נוגדות דיכאון: רמות של תרופות נוגדות דיכאון מקבוצת הטריציקליים נמצאו מינימאליות או שכלל לא נמצאו בדמם של תינוקות שינקו מאמהות הנוטלות תרופות אלו. מקבוצת התרופות ממשפחת ה-SSRI נמצא שהתרופה עוברת בחלב, ועלולה להצטבר בדם התינוק. הרמות שנמצאו בדם התינוקות היו נמוכות, וספק אם יש להן השפעה, אך הנתונים הנמצאים אינם חד-משמעיים. המלצת ועדת התרופות של האקדמיה

10. Stowe ZW, Nemeroff CB, Women at risk for postpartum onset of major depression. Amer : Jou Olost. Gynecal, 1995; 173: 639-645.

האמריקאית של רופאי ילדים היא "השפעת נוגדי הדיכאון על התינוק היונק אינה ידועה אך עלולה להיות מדאיגה"<sup>11</sup>. לדעתנו, כיוון שמצויים תחליפים רבים לחלב אם, מומלץ שלא להניק.

גם בפסיכוזה לאחר לידה חשוב לטפל בהקדם האפשרי על ידי תרופות אנטי פסיכוטיות. מיד כשמאבחנים מחשבות שווא, הזיות ראייה או שמיעה, או התנהגות לא מציאותית, יש להתחיל בטיפול תרופתי. הטיפול בדרך כלל עוזר תוך שבועות ספורים, אך החולה חייבת להישאר במעקב צמוד, כי סכנת ההתאבדות או פגיעה בתינוק עדיין קיימת. עם השיפור, ניתן לרדת במינון התרופות, בזהירות רבה ובהדרגה, תוך כדי מעקב קפדני אחר החולה. רוב המחקרים ממליצים על המשך טיפול לפחות במשך ששה חודשים. הסיכון לחזרת התופעות הפסיכוטיות קיים עד שנה ויותר מהלידה. כמו בדיכאון, גם כאן חשוב השילוב של טיפול תרופתי עם שיחות טיפוליות, אך אלה יכולות להיעשות רק לאחר שהמצב החרیف של הזיות, מחשבות שווא ונתק מהמציאות חולף.

לאור הסכנה לאישה ולתינוק, חשוב לא להשאיר את החולה לבד, ולמנוע כל אפשרות של אלימות או ניסיונות התאבדות. במקומות רבים אף ממליצים על אישפוז. מניסיוננו, יש להשאיר אפשרות זאת רק למקרים קשים ביותר, עקב תופעות הלוואי הנפשיות והסביבתיות של אישפוז פסיכיאטרי.

### הריון לאחר הפרעות נפשיות לאחר לידה

כאמור, גם דיכאון וגם פסיכוזה שלאחר לידה קורים בתכיפות רבה יותר אצל נשים שעברו אירוע דומה בעבר: הסיכון ללקות בדיכאון עולה מ-1:10 באוכלוסייה הכללית ל-1:2 אצל אישה שבעבר סבלה מדיכאון, ובפסיכוזה מ-1:500 באוכלוסייה כללית ל-1:3. לכן יש לשקול היטב אם להמליץ על הריון נוסף. בשלב ראשון, כשהאישה מקבלת טיפול תרופתי, מומלץ בצורה חד-משמעית להימנע מהריון. בהמשך יש לשקול הריון נוסף אצל כל אישה בהתאם למצבה המשפחתי, הנפשי, התמיכה שהיא יכולה לקבל מהסביבה ועוד. במקרים אלו חייבים לעקוב בקפדנות אחר האישה במהלך ההריון ולאחר הלידה. יש הממליצים על טיפול תרופתי-מניעתי כבר בהריון, או מיד לאחר הלידה לפני הופעת התסמינים.

עם זאת, חשוב לדעת שנשים רבות שעברו דיכאון או פסיכוזה לאחר לידה, טופלו על ידי שיחות, טיפול סביבתי תומך ותרופות, ילדו לאחר מכן ללא כל הפרעה.

11. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs: The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 1994; 93: 137-150.