



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Χορήγηση αντι – ψυχωτικής αγωγής κατά την εγκυμοσύνη

Θανασάς Ευάγγελος – Σωτήριος

Ιατρός ειδικευόμενος Ψυχιατρικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Νικηφόρος Αγγελόπουλος MD, PhD, Νευρολόγος – Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής και Ιατρικής Ψυχολογίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Μπακούρας Σιδέρης Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Λέκτορας Ψυχιατρικής Παν. Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



Administration of anti - psychotic treatment during pregnancy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΕΡΙΓΕΝΝΕΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	
1.1 ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ	6
1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ	8
1.2.1 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	13
1.2.2 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ	14
1.2.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	15
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	15
1.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	16
1.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΕΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ	17
1.5.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	19
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ	22
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	22
ΥΠΝΑΓΩΓΑ	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	29
ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΑ	36
ΛΙΘΙΟ	47
ΛΑΜΟΤΡΙΓΙΝΗ	52
ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Ψυχική υγεία», του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλίας, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Νικηφόρου Αγγελόπουλου.

Θα ήθελα λοιπόν να τον ευχαριστήσω θερμά, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον αντικείμενο που ανταποκρίνεται απολύτως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή του καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης.

Επίσης ευχαριστώ τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τους κυρίους, Μπακούρα Σιδέρη, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας και Μπονώτη Κωνσταντίνο, Λέκτορα Ψυχιατρικής του Παν. Θεσσαλίας για την αποτελεσματική συνεργασία και συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω προς την οικογένειά μου, στην αδελφή μου Εμμανουέλα που με βοηθά πάντα με την αστείρευτη θετική της ενέργεια και κυρίως τους γονείς μου Μιχαήλ και Σταυρούλα για την διαχρονική συμπαράστασή τους και την υλική και ηθική στήριξη των επιλογών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κύηση δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό γεγονός, αλλά μια πολύπλοκη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι μεταβολές στο σώμα της γυναίκας που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κύησης συνοδεύονται και από τις ιδιαίτερες σκέψεις, φαντασιώσεις, προσδοκίες και συναισθήματα της κάθε γυναίκας. Ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο, κυρίως μετά τη λοχεία, έχουν παρατηρηθεί και καταγραφεί ήδη από παλαιότερα. Οι ψυχικές διαταραχές που συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με την κύηση και την περίοδο της λοχείας είναι η κατάθλιψη και η επιλόχεια ψύχωση. Ο όρος επιλόχεια κατάθλιψη χρησιμοποιείται αρκετά και σε αρκετές περιπτώσεις καταχρηστικά, συγκαλύπτοντας μια σειρά βαρύτερων διαταραχών που ενέχουν σοβαρότερους κινδύνους. Οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση αλλά και μετά είναι πιθανό να επιφέρουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία, στην ποιότητα ζωής της γυναίκας, του εμβρύου ή του βρέφους, καθώς και μια σειρά επιπτώσεων που αφορούν τις σχέσεις, την εργασία και τη γενικότερη λειτουργικότητα. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα ανήκουν στην κατηγορία των φαρμάκων που ενδείκνυνται για την θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών. Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη της εμφάνισης διαταραχών και, σε περίπτωση που αυτές είναι ενεργές και έκδηλες, στη βεβαιότητα ότι έχουν εντοπισθεί και διαγνωσθεί. Οι κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αφορούν την πρόληψη, την ανίχνευση και την παρέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: περιγεννητική περίοδος, λοχεία, κύηση, αντιψυχωσικά

ABSTRACT

Pregnancy is not only a biological fact, but a complex process, involving biological, psychological, environmental factors changes in a woman's body that occur during pregnancy are accompanied by specific thoughts, fantasies, expectations and feelings of each woman. Mental disorders in the perinatal period, especially after childbirth, have been observed and recorded previously. Mental disorders are associated largely with pregnancy and postpartum depression and postpartum psychosis. The term PND is used fairly and in some cases improperly concealing a series of heavier disorders pose the most serious risks. Mental disorders during pregnancy and after is likely to cause serious negative effects on mental and physical health, quality of life of women, the fetus or infant, and a series of impacts on relationships, work and overall functionality. Antipsychotic drugs belong to the class of drugs indicated for the treatment of psychotic disorders. Any intervention should be aimed at preventing the onset of disorders and, if they are active and manifest, the certainty that they have identified and diagnosed. The guidelines of the World Health Organization concern the prevention, detection and intervention.

Key words: perinatal period, postpartum, pregnancy, antipsychotics

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απόφαση μιας γυναίκας να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, αποτελεί σημαντικό γεγονός και φυσικά μια τεράστια αλλαγή στη ζωή της. Η κύηση και η απόκτηση παιδιού είθισται να περιγράφονται ως ευτυχείς εμπειρίες, ως επιτυχία της ίδιας της γυναίκας αλλά και του ζευγαριού. Μια πιο προσεκτική προσέγγιση, όμως, φανερώνει ένα σύνολο αρνητικών συναισθημάτων και προβληματισμών, ικανών να τη μετατρέψουν σε μια δυσάρεστη εμπειρία.

Στη διάρκεια της περιόδου αυτής η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με μια σειρά από σημαντικά ερωτήματα:

- πόσο επιθυμητή είμαι από τον σύζυγο;
- Εγώ θα τον επιθυμώ;
- Πόσο θα αλλάξει η σχέση μας ως ζευγάρι;
- Θα είμαι καλή μητέρα;
- Θα είμαι ικανή να μεγαλώσω το παιδί μου σωστά ή κάποια στιγμή θα δω στη ζωή του τα λάθη που διέπραξα στην ανατροφή του;
- Θα μπορώ να συνεχίσω την καριέρα μου ή θα κλειστώ σε ένα σπίτι, έχοντας μόνο τον ρόλο της μητέρας;
- Θα έχω βοήθεια από το σύζυγο σε πρακτικά θέματα; Η μητέρα μου θα μου σταθεί;
- Μήπως όλοι θα με κατακρίνουν για τα λάθη που κάνω στην ανατροφή του παιδιού;
- Γιατί οι άλλες γυναίκες τα καταφέρνουν καλύτερα

Η κύηση δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό – σωματικό γεγονός, αλλά μια πολύπλοκη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η γυναίκα πρέπει να προσαρμοστεί σε καταστάσεις και συνήθειες ζωής και καθημερινότητας και θα πρέπει να φροντίσει ώστε η ίδια και το έμβρυο να παραμείνουν ασφαλείς, πράγμα που προϋποθέτει αρκετούς συμβιβασμούς και θυσίες όπως επίσης και μεταβολές στο μέχρι τότε τρόπο ζωής της. Οι μεταβολές ενδέχεται να είναι ωφέλιμες, ίσως όμως να απομακρύνουν για ένα μεγάλο διάστημα τη γυναίκα από σημαντικά ενδιαφέροντα, εργασιακά, κοινωνικά ή άλλου τύπου.

Η έγκυος πρέπει να σχετιστεί με το έμβρυο που κυοφορεί, να διασφαλίσει την αποδοχή του από το οικογενειακό περιβάλλον και να προετοιμαστεί για τον τοκετό. Πρέπει να αποδεχθεί τις

μεταβολές στην εικόνα του σώματός της και να τροποποιήσει διάφορες πτυχές στη σχέση με το σύντροφο και πατέρα του παιδιού. Αυτές οι προσαρμογές είναι μόνο ενδεικτικές, από τη στιγμή που κάθε γυναίκα κουβαλάει τη δική της ιστορία, τις σχέσεις και τον τρόπο ζωής, άρα και διαφορετικές ανάγκες (Reck, 2009)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΕΡΙΓΕΝΝΕΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

1.1 ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ

Από την στιγμή της έναρξης της κύησης, συμβαίνουν σημαντικές ανακατατάξεις σε μια γυναίκα, όπως ψυχολογικές, οργανικές, ορμονικές, κοινωνικές. Δεν είναι μόνο το σώμα που υφίσταται ριζικές μεταβολές την περίοδο της κύησης αλλά ολόκληρος ο τρόπος ζωής αλλάζει και αυτό μπορεί να δημιουργήσει ανάμεικτα συναισθήματα κυρίως τους τελευταίους μήνες. Μερικοί από τους προβληματισμούς που προκαλούν το άγχος είναι ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει η εγκυμονούσα τις επερχόμενες ευθύνες και η ανησυχία αν το μωρό θα γεννηθεί υγιές (Συκάκη Δούκα, 1990).

Συχνά αυτό το άγχος της γυναίκας μπορεί να της προκαλέσει εφιάλτες που μπορεί να την ταράξουν, ειδικά αν έχουν σχέση με την γέννα ή το παιδί. Είναι πολύ πιθανό η γυναίκα που κυοφορεί να πιστεύει ότι το να μείνει έγκυος είναι μια λανθασμένη κατάσταση και επομένως να εύχεται να γυρίσει ο χρόνος πίσω. Όλα αυτά τα συναισθήματα είναι απολύτως φυσιολογικά. Για να νιώσει καλύτερα η έγκυος, θα ήταν προτιμότερο να εκφραστεί και να περιγράψει τους φόβους και τις αγωνίες της είτε στον σύντροφο της, είτε σε μια στενή φίλη, που αντιμετώπισε παρόμοια συναισθήματα. Αν το άγχος όμως δεν αντιμετωπιστεί είναι καλύτερο να συζητηθεί το θέμα με την μαία, τον υπεύθυνο γιατρό ή ψυχολόγο (Keller, 2009).

Στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης μελετήθηκε δείγμα 274 υγιών γυναικών, 18-40 ετών, όπου εκτίμησαν τις ορμόνες του άγχους σε γυναίκες που ήθελαν να κάνουν παιδί με φυσιολογικό τρόπο. Η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη συνδέονται με το χρόνιο άγχος και μπορούν να μετρηθούν μέσω δειγμάτων σιέλου. Διαπίστωσαν ότι όσες είχαν περισσότερο άγχος, μείωναν τις πιθανότητες επίτευξης της κύησης.

Διάφοροι παράγοντες όπως η ηλικία, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και το αλκοόλ επιδρούν αρνητικά στην κύηση αλλά η συμβολή του άγχους δεν έχει αποδειχτεί. Η Pyper et al (2010) σε μελέτη που πραγματοποίησε στο Fertility and Sterility, συμπέρανε ότι τα ζευγάρια που σκοπεύουν

ήθελαν να αποκτήσουν παιδί, θα πρέπει να είναι ήρεμα και χωρίς άγχος όταν προσπαθούν να πετύχουν τον στόχο της κύησης. Μετά από έρευνα που έκαναν συμπεράναν ότι οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα της α-αμυλάσης είχαν περίπου 12% λιγότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες κατά την διάρκεια των γόνιμων ημερών, συγκριτικά με τις γυναίκες που είχαν χαμηλότερα επίπεδα του συγκεκριμένου δείκτη. Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους με την υπογονιμότητα, αλλά τα στοιχεία είναι ακόμη ελάχιστα. Μάλιστα ορισμένες τεχνικές χαλάρωσης μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα ωφέλιμες, όπως η γιόγκα και ο διαλογισμός ενώ εξηγεί ότι η μελέτη τους είναι η πρώτη που στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την κύηση σε φυσιολογικές υγιείς γυναίκες. (Buck Luis G, Pypet C, et al. 2010).

Ο Da Costa et al, συμπεράναν ότι οι μικρότερης ηλικίας γυναίκες ίσως να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην κύηση επειδή μπορεί να είναι στο στάδιο προσαρμογής που απαιτούν οι διαφορετικοί ρόλοι, συμπεριλαμβανομένου του γάμου και της καριέρας. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν επίσης ότι οι έγκυες γυναίκες μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στο στρες της ζωής, όταν δεν υποστηρίζονται κοινωνικά. Νέες με χαμηλό εισόδημα γυναίκες ενδέχεται να μην υποστηρίζονται επαρκώς κοινωνικά, ιδιαίτερα όταν θα έχουν να αντιμετωπίσουν οικονομικά προβλήματα και βίαιες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Επίσης, θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της σχέσης με το σύντροφο και της ισότητας, που δείχνει ότι οι συγκρούσεις αυξάνονται όταν υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός παιδιών στο σπίτι.

Επειδή η φροντίδα για μια μεγάλη οικογένεια μπορεί να αγχώνει τα ζευγάρια και μπορεί να ασκεί πίεση στο γάμο, είναι πολύ βασικό να θεωρήσουμε την κύηση ως χρόνο προσαρμογής τόσο για τη γυναίκα όσο και για το σύντροφό της. Άλλη έρευνα διαπίστωσε ότι η αλλαγή στην υγεία και την ευημερία των εγκυμονούντων πρέπει να μοιράζεται με τους συντρόφους. Συναισθηματική αγωνία και κοινωνική υποστήριξη συνδέθηκαν με όλα τα μέτρα του άγχους, αλλά έδωσαν σημαντικό συσχετισμό με τη σύγκρουση συντρόφου. Υπάρχουν κριτήρια ειδικής εκτίμησης για τον εντοπισμό κακοποίησης κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά λιγότερα κριτήρια για να βοηθήσουν κλινικούς στην ανίχνευση μικρότερου βαθμού σύγκρουσης συντρόφων. Κλίμακες ανθρώπινων γεγονότων μπορούν επίσης να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στην ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των εγκύων γυναικών. Η πίεση που ασκείται από όλους τους τομείς και μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Βρέθηκε ότι οι έγκυες γυναίκες που ανέφεραν πολλά γεγονότα στη ζωή είχαν περισσότερες πιθανότητες να νιώσουν συναισθηματική δυσφορία. Οι ειδικοί χρειάζεται να είναι προετοιμασμένοι για περιπτώσεις όπου οι γυναίκες βιώνουν αυτές τις μεταβολές. Οι συγκρίσεις ανάμεσα στις ομάδες των γυναικών που είχαν χαμηλά και υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης έδειξαν ότι το άγχος σε σχέση με δυνατή υποστήριξη από όλους δεν σχετιζόταν με συναισθηματικές διαταραχές (Glazier et al., 2004)

1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Η κύηση και η λοχεία αποτελούν για τη γυναίκα περιόδους με σημαντικότερες ιδιαιτερότητες, βιολογικές και ψυχικές. Οι έντονες ορμονικές μεταβολές αλλά και οι μεταβολές στο σώμα, στις οικογενειακές ισορροπίες και στη σχέση με τον σύντροφό της μπορούν δυνητικά να χειροτερέψουν ψυχικές διαταραχές τις οποίες η έγκυος αδυνατεί να αντιμετωπίσει. Οι γονιδιακές προδιαθέσεις, η υποστήριξη και η προσωπικότητα της ίδιας της γυναίκας επηρεάζουν επίσης την εμφάνιση αλλά και την κλινική έκφραση των διαταραχών αυτών.

Οι μεταβολές στο σώμα της γυναίκας που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κύησης συνοδεύονται και από τις ιδιαίτερες σκέψεις, φαντασιώσεις, προσδοκίες και συναισθήματα της κάθε γυναίκας. Οι αναπαραστάσεις της για την κύηση, τη μητρότητα και το παιδί, προέρχονται εξ' ολοκλήρου από το δικό της ψυχικό κόσμο. Για κάθε γυναίκα οι μεταβολές έχουν διαφορετική βαρύτητα και σημασία, εξαρτώμενη άμεσα από την προσωπική της ιστορία.

Μια πολύ συχνή κατάσταση που βιώνει μια γυναίκα είναι η αγχώδης διαταραχή. Με τον όρο άγχος εξηγείται η αντίδραση του οργανισμού στην επίδραση διαφόρων φυσιολογικών, συναισθηματικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων, εφόσον και όταν αυτοί βιώνονται ως επιθετικοί. Ειδικότερα, είναι μια κατάσταση ψυχικής πίεσης και δυσφορίας που βιώνει το άτομο λόγω ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων. Τον άγχος με μεγάλη διάρκεια προκαλεί σοβαρά ψυχικά προβλήματα στο άτομο, ενώ το στρες μέτριας έντασης είναι απαραίτητο για την ενεργοποίηση και την αποδοτικότητα αλλά και τη δημιουργικότητα του ατόμου (Σταφυλίδης, 2006).

Το άγχος είναι ένα διάχυτο αρνητικό συναίσθημα, συγγενές με το φόβο. Όλοι βιώνουν άγχος κατά τη διάρκεια της ζωής, λιγότερο ή περισσότερο έντονο, όταν συμβαίνουν κάποιες ιδιαίτερες περιστάσεις, ιδιαίτερα πιεστικές και μη ελεγχόμενες. Υπάρχουν όμως καταστάσεις όπου το άγχος, λόγω της έντασης, της διάρκειας του ή της δυσλειτουργίας που προκαλεί, καταλήγει να συνοδεύεται από κάποια ψυχική διαταραχή. Υπάρχει μια ομάδα ψυχικών διαταραχών, που ταξινομούνται ως αγχώδεις διαταραχές. Σε αυτές περιλαμβάνονται διαταραχές όπου το άγχος εκδηλώνεται με φοβίες, με έμμονες ιδέες και επίμονες, με αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων, με χρόνιες ανήσυχες σκέψεις για ποικίλα προσωπικά ζητήματα μαζί με ποικίλα σωματικά συμπτώματα και επεισόδια παροξυσμού άγχους που παρουσιάζουν έντονα αυτονομικά συμπτώματα μεγάλης έντασης και με άλλες λιγότερο συχνές ή τυπικές εκδηλώσεις. (Ζέρβας, και συν. 2006).

Ακόμα και μια επιθυμητή κύηση δημιουργεί αμφιθυμία, από τη στιγμή που η έλευση μιας νέας ζωής σηματοδοτεί μια τεράστια αλλαγή στον τρόπο ζωής της μητέρας, του πατέρα και των υπολοίπων παιδιών. Την πρώτη περίοδο της κύησης, μέχρι και τους 4 ½ περίπου μήνες, όταν η

γυναίκα αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις κινήσεις του παιδιού, κάποιες γυναίκες νιώθουν πληρότητα, ικανοποίηση και ευχαρίστηση. Νιώθουν τότε την ανάγκη να αποσυρθούν από τον εξωτερικό κόσμο, γιατί έχουν τη διάθεση να ασχοληθούν με τον εαυτό τους. Άλλες πάλι νιώθουν μια ελαφριά κατάθλιψη αυτή την περίοδο και αυξάνουν τη σωματική τους δραστηριότητα για να νιώσουν καλύτερα. Οι πιο δραστήριες δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων. Συχνά ζηλεύουν το γεγονός ότι ο σύζυγος μπορεί να συνεχίσει την καριέρα του, τη στιγμή που εκείνες σταματήσουν την εργασία τους και τα ενδιαφέροντα τους.

Η δεύτερη περίοδος της κύησης αρχίζει όταν γίνονται αντιληπτές οι πρώτες κινήσεις του εμβρύου. Τα συμπτώματα της ναυτίας υποχωρούν και η γυναίκα νιώθει ευεξία. Συχνά παρατηρούνται δυσκολίες ως προς την αποδοχή των σωματικών αλλαγών. Ενώ κάποιες γυναίκες προσπαθούν να προσαρμοστούν στην ιδέα μιας επιπλέον δέσμευσης, για άλλες η κύηση δημιουργεί συναισθήματα απελευθέρωσης και ολοκλήρωσης, με λιγότερες υποχρεώσεις και μεγαλύτερη αφοσίωση στον εαυτό τους. Την περίοδο αυτή η γυναίκα συχνά επεξεργάζεται θέματα που έχουν να κάνουν με τη μητέρα της, την αυτονομία (τη δική της αλλά και του παιδιού που θα αποκτήσει) και γενικότερα, με ζητήματα που αφορούν τη σχέση μητέρας παιδιού. Οι ρόλοι αλλάζουν: από κόρη κάποιας άλλης γυναίκας, η έγκυος προετοιμάζεται να αναλάβει τη φροντίδα ενός παιδιού από τη θέση της μητέρας.

Η τρίτη περίοδος είναι το στάδιο πριν τον τοκετό, όπου η γυναίκα νιώθει συχνά κόπωση. Η ανάγκη της για ασφάλεια και προστασία αυξάνεται ενώ υπάρχουν και διακυμάνσεις συναισθήματος, από χαρά στην προοπτική του παιδιού, μέχρι και άγχος για την επιτυχία της κύησης, την υγεία της ίδιας και του παιδιού. Για αρκετές γυναίκες ο τοκετός αναμένεται με ανυπομονησία, εφόσον η στιγμή αυτή σημαίνει την πιο ενεργή στάση ζωής και την έξοδο από την παθητικότητα. Έπειτα από τον τοκετό η γυναίκα έρχεται και πάλι αντιμέτωπη με μια αλλαγή στη σωματική εικόνα της. Ταυτόχρονα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του παιδιού, το οποίο δεν αποτελεί πια τμήμα του σώματός της. Η γυναίκα μπορεί να νιώθει κάπως μπερδεμένη, στην περίπτωση που δεν αισθάνεται τη μητρική αγάπη. Συχνά μετά τον τοκετό νιώθει απογοήτευση, για αυτό και σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση και συμπαράσταση του συζύγου και της οικογένειας.

Επιπρόσθετα μεταβολές στη διάθεση εμφανίζονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιο ήπια και διαρκούν λιγότερο, συγκρινόμενα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Συγκεκριμένα, η γυναίκα ενδέχεται να:

- είναι καταβεβλημένη
- νιώθει σωματική εξάντληση

- νιώθει ευερεθιστότητα, απογοήτευση, άγχος
- υποφέρει από κυκλοθυμία και από θλίψη
- εκφράζει έντονα τη λύπη της
- αντιμετωπίζει αϋπνίες.

Τα συμπτώματα αυτά συνήθως εμφανίζονται ανάμεσα στην τρίτη και την πέμπτη μέρα μετά τον τοκετό, και υποχωρούν μέσα σε λίγες μέρες. Η διάρκεια των συμπτωμάτων αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και αγχωδών διαταραχών (Reck, 2009)

Ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο, κυρίως μετά τη λοχεία, έχουν παρατηρηθεί και καταγραφεί ήδη από παλαιότερα. Οι ψυχικές διαταραχές που συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με την κύηση και την περίοδο της λοχείας είναι η κατάθλιψη και η επιλόχεια ψύχωση. Ο όρος επιλόχεια κατάθλιψη χρησιμοποιείται αρκετά και σε αρκετές περιπτώσεις καταχρηστικά, συγκαλύπτοντας μια σειρά βαρύτερων διαταραχών που ενέχουν σοβαρότερους κινδύνους

Η ευρύτατη χρήση του όρου εξηγείται από το γεγονός ότι η επιλόχεια κατάθλιψη διαφέρει κατά πολύ από την «κοινή» κατάθλιψη. Συχνές τέτοιες παρερμηνείες αφορούν την υποτίμηση των συμπτωμάτων, με επακόλουθο οι ενδιαφερόμενοι να μη ζητούν την κατάλληλη βοήθεια, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στον εαυτό τους και στο βρέφος. Οι συχνότεροι μύθοι που περιβάλλουν τη διαταραχή είναι οι εξής:

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης

- εκδηλώνονται φυσιολογικά
- είναι λιγότερο σοβαρά από την «κανονική» κατάθλιψη
- περνούν μόνα τους, χωρίς τη δημιουργία προβλημάτων
- προέρχονται από τις ορμονικές μεταβολές
- δεν υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστούν ξανά μετά το πέρας της λοχείας
- δεν εμφανίζονται τόσο συχνά πριν τον τοκετό

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων, η ψυχολογική πίεση αλλά και η ανεπιθύμητη κύηση. Η συνήθης κλινική εικόνα της κατάθλιψης κατά την κύηση περιλαμβάνει άγχος, ευερεθιστότητα, αϋπνία, ανορεξία, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία ανταπόκρισης σε καθήκοντα και υποχρεώσεις, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας και αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές. Η κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης έχει σαν συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής, αιμορραγίας,

καθυστερήσης ανάπτυξης του εμβρύου, προεκλαμψίας και πρόωρου τοκετού. Οι γυναίκες που υποφέρουν από κατάθλιψη μπορεί να έχουν ανεπαρκή φροντίδα κατά την κύηση, να καταναλώνουν αλκοόλ και να καπνίζουν. Επίσης, είναι πολύ πιθανόν οι γυναίκες που κυοφορούν και πάσχουν από αυτή τη κατάθλιψη να έχουν λιγότερες πιθανότητες για ανάπτυξη ισχυρού δεσμού με το μωρό.

Η κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται κατά την κύηση είναι καλή πρόγνωση για την εμφάνισή της και σε περίοδο λοχείας. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία. Όσον αφορά στις πιθανές αρνητικές επιδράσεις στην οργανογένεση από την έκθεση του εμβρύου κατά το α' τρίμηνο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είναι αξιοσημείωτη μια μεγάλη μελέτη σε 3.000 έμβρυα, κατά την οποία δεν διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος μείζονων δυσπλασιών.

Το σύνδρομο νεογνικής προσαρμογής εμφανίζεται στο 30% των νεογνών και στη σοβαρή μορφή του που αντιστοιχεί στις μισές περιπτώσεις εκδηλώνεται με τρόμο, υπερτονία, γαστρεντερικά συμπτώματα, αναπνευστική δυσκολία. Όσον αφορά στη μακροπρόθεσμη επίδραση στη συμπεριφορά του νεογνού μετά από λήψη αντικαταθλιπτικών κατά την κύηση, δεν διαπιστώθηκε κάποια επίδραση, σε μελέτες ενδομήτριας έκθεσης σε φλουοξετίνη ή σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι οι γυναίκες στην περιγεννητική περίοδο είναι πιθανό να πάσχουν ή και να αναπτύξουν ασθένειες από όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας, όπως και κάθε άλλος ενήλικος. Παρακάτω επιχειρείται μια σύντομη αναφορά των συχνότερων ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο.

Μια γυναίκα μπορεί επίσης, να αντιμετωπίσει συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης ή και μετά τη γέννα. Η κατάθλιψη, της οποίας η έναρξη λαμβάνει χώρα κατά την κύηση ή και λίγους μήνες μετά τον τοκετό, χαρακτηρίζεται ως περιγεννητική. Συγκεκριμένα, όταν αρχίζει μετά τον τοκετό, ονομάζεται επιλόχεια. Παρόλο που οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην επιλόχεια κατάθλιψη, δεν θα πρέπει να παραγνωρίζουμε τη σοβαρότητα της κατάθλιψης που κάνει αισθητή την παρουσία της στην προγεννητική περίοδο

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ο επιπολασμός, δηλαδή η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι 100-150 στις 1000 κυήσεις.

- ✓ στο 1^ο τρίμηνο της κύησης 3,8%
- ✓ στο τέλος του 2^{ου} τριμήνου 4,9%
- ✓ στο τέλος του 3^{ου} τριμήνου 3,1%
- ✓ τον 10 χρόνο μετά τη γέννα 1% - 5,7%, με τις υψηλότερες συγκεντρώσεις στους 2 μήνες (5,7%) και στους 6 μήνες (5,6%).

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για:

- 12,7% κατά τη διάρκεια της κύησης
- 5,7% στους πρώτους δύο μήνες μετά τον τοκετό
- 6,5% στους 6 μήνες
- 21,9% στον πρώτο χρόνο

Το άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη, παρουσιάζει τα εξής:

- Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα.
- Νιώθει λυπημένο.
- Είναι ευσυγκίνητο, κλαίει πολύ συχνά ή μπορεί να είναι ευερέθιστο.
- Παρουσιάζει έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες της καθημερινότητας του. Η έγκυος που έχει κατάθλιψη ενδέχεται να μη μπορεί να φροντίσει επαρκώς το παιδί.
- Μπορεί να παρουσιάσει σημαντική απώλεια βάρους, ενώ δεν κάνει δίαιτα ή αντίθετα σημαντική αύξηση βάρους μέσα σε ένα μήνα.
- Αϋπνία ή υπερυπνία.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση.
- Κόπωση, εξάντληση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
- Ελαττωμένη ικανότητα να συγκεντρωθεί ή να λάβει αποφάσεις.
- Έχει έντονο αίσθημα αναξιοσύνης, ενοχής και τύψεων.
- Μπορεί να σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του ή να έχει ιδέες αυτοκτονίας, συμπτώματα που χρήζουν άμεσης εκτίμησης και παρέμβασης.
- Χαρακτηρίζεται από αυξημένο άγχος ή κρίσεις πανικού τα οποία συνυπάρχουν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Το καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να είναι ήπιο, μέτριο ή σοβαρό, ανάλογα με τα συμπτώματα και τις δυσκολίες του ατόμου στην επαγγελματική του λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες και τις σχέσεις με τους άλλους.

Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να συνοδεύεται από ψυχωτικά στοιχεία, δηλαδή από παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, χαρακτηριστικά από επιδεινώνουν τη σοβαρότητα της κατάστασης. Μια στις τρεις γυναίκες βιώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, σε κάποιο στάδιο της κύησης, χωρίς βέβαια να πληρούνται όλα τα κριτήρια της διάγνωσης της διαταραχής. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση από ειδικό ψυχικής υγείας, ο οποίος θα προσδιορίσει και

φυσικά θα καθορίσει το είδος της παρέμβασης που χρειάζεται, ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης.

Οι Barnett και Fowler προτείνουν κάποια συμπληρωματικά συμπτώματα που παρουσιάζονται ειδικά μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής:

- Υπερβολική και συχνά αδικαιολόγητη απογοήτευση από τον τοκετό, τον θηλασμό και άλλους τομείς της μητρότητας.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές επαφές.

Επίσης η διπολική διαταραχή αποτελεί μια διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική διάθεση επίμονα ανεβασμένη, ευερέθιστη, και διαχυτική, ξεκάθαρα διαφορετική από τη συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Η διπολική διαταραχή είναι γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, όρος που εκφράζει τους δύο πόλους ή αλλιώς επεισόδια που παρατηρούνται σε αυτήν, δηλαδή το μανιακό και το καταθλιπτικό. Συνήθως τα μανιακά επεισόδια εναλλάσσονται με καταθλιπτικά, αλλά και με περιόδους φυσιολογικής κλινικής εικόνας. Οι μεταβολές μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων είναι εξαιρετικά απότομες.

Κατά τη διάρκεια των μανιακών επεισοδίων μπορεί να είναι παρόντα συμπτώματα, όπως διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, μεγαλύτερη ομιλητικότητα, διάσπαση προσοχής και υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις δεν έχουν μια ροή και είναι ασυνάρτητες, αύξηση δραστηριότητας και ψυχοκινητικής διέγερσης, υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες και συμπεριφορές που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες για το άτομο. Ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, μπορεί επίσης να υπάρχουν, προσδιορίζοντας τη σοβαρότητα της διαταραχής. Σε ποσοστό 1% γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία πάσχουν από διπολική διαταραχή. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται άμεσα κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό.

1.2.1 Αγχώδεις Διαταραχές

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες, μία στις δύο γυναίκες θα βιώσουν σοβαρά συμπτώματα άγχους κατά τη διάρκεια της κύησης. Αυτό δεν σημαίνει ότι όλες πληρούν τα κριτήρια μιας ψυχικής διαταραχής. Πάντως, στην περίπτωση που οι γυναίκες έχουν επίμονα συμπτώματα με άμεσο αποτέλεσμα τη δυσλειτουργικότητα που αυτά προκαλούν, μπορεί να βοηθηθούν με τη σωστή και έγκυρη αξιολόγηση και θεραπεία.

Οι έγκυες με αγχώδεις διαταραχές συνήθως χαρακτηρίζονται από το φόβο ότι δεν θα καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις ευθύνες του νεογέννητου. Αυτό δεν αφορά μόνο γυναίκες που γίνονται για πρώτη φορά μητέρες, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά. Πολύ συχνά οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν με κατάθλιψη στο γενικό πληθυσμό και στον πληθυσμό των εγκύων

Ακολουθεί μια συνοπτική περιγραφή των συνηθέστερων αγχωδών διαταραχών. Η διαταραχή πανικού, η οποία συχνά συνυπάρχει με αγοραφοβία συνίσταται σε απροσδόκητες προσβολές πανικού, κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο κατακλύζεται αιφνίδια από συμπτώματα όπως, αίσθημα επιτάχυνσης καρδιακών παλμών, εφίδρωση, τρεμούλα, δύσπνοια, αίσθημα πνιγμονής, ναυτία, ζάλη, αίσθημα λιποθυμίας, φόβο ότι τρελαίνεται, φόβο ότι πεθαίνει, κλπ. Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται μέσα σε λίγα λεπτά και διαρκούν συνήθως από 5 έως και 30 λεπτά.

Το άτομο με διαταραχή πανικού συχνά αναπτύσσει άγχος ανάμεσα στις προσβολές, συγκεκριμένα ένα άγχος αναμονής ότι η προσβολή πρόκειται να του ξανασυμβεί, με αποτέλεσμα να αρχίσει να αποφεύγει καταστάσεις ή τοποθεσίες που του είχε συμβεί κάποια προσβολή στο παρελθόν. Ο φόβος τον καταλαμβάνει όταν βρίσκεται μακριά από την πηγή της ασφάλειάς του. Φοβάται, λοιπόν, μήπως πάθει κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο, με αποτέλεσμα να αποφεύγει σταδιακά πολυσύχναστα μέρη, κυρίως όταν είναι μόνο του και ασυνόδευτο. Τα συμπτώματα αυτά συνιστούν την περιγραφή της αγοραφοβίας, μιας πολύ κοινής φοβίας που συναντάται μαζί με τη διαταραχή πανικού. Πιθανή συνέπεια της αγοραφοβίας στην έγκυο είναι η αποφυγή της προσέλευσης στα προκαθορισμένα ιατρικά ραντεβού της. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από μόνιμο, υπερβολικό και διάχυτο άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν άλλες αγχώδεις διαταραχές.

1.2.2 Επιλόχεια Ψύχωση

Η ψύχωση που εμφανίζεται στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, ονομάζεται επιλόχεια ψύχωση. Παρόλα αυτά δεν φαίνεται να συνιστά μια διαφορετική κλινική οντότητα. Η συχνότητα εμφάνισης είναι 1 με 2 ανά 1000 γεννήσεις. Η επιλόχεια ψύχωση έχει τη μορφή μιας οξείας εμφάνισης και ραγδαίας εξέλιξης, από πλευράς σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η έναρξη της τοποθετείται ανάμεσα στις 2 με 14 μέρες μετά τον τοκετό. Συνήθως μαζί με τη διαταραχή στην αντίληψη της πραγματικότητας, συνυπάρχουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, όπως

μανία και κατάθλιψη, και τότε η διαταραχή ονομάζεται «σχιζοσυναισθηματική». Συχνά επίσης, παρατηρείται μια εικόνα σύγχυσης στη γυναίκα

Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες, οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση ψύχωσης κατά τη λοχεία είναι η ύπαρξη ιστορικού σοβαρής ψυχικής διαταραχής, κυρίως διπολικής, καθώς και προηγούμενης επιλόχειας ψύχωσης, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και σχιζοφρένειας. Πρέπει, δηλαδή, να τονίσουμε ότι η πλειονότητα των γυναικών που εμφανίζουν επιλόχεια ψύχωση έχουν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, με επεισόδια διπολικής διαταραχής ή και σχιζοφρένειας.

1.2.3 Διπολική διαταραχή

Από τις πρώτες μέρες της κύησης αλλάζουν τα επίπεδα των ορμονών στον οργανισμό της γυναίκας με αποτέλεσμα να αναστατώνεται τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, αναστάτωση η οποία είναι αρκετά δύσκολη σε περίπτωση που η γυναίκα πάσχει από διπολική διαταραχή. Σε αυτή τη φάση εκτός από τη συνέχιση της φαρμακευτικής της αγωγής, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού της, έχει ανάγκη από την υποστήριξη φίλων, συγγενών και του συντρόφου της για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις γρήγορες μεταβολές στην ψυχολογία της και να μπορέσει να έχει μια, όσο το δυνατόν, καλύτερη και ασφαλέστερη κύηση τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί της. Στη περίπτωση που μια γυναίκα επιθυμεί μια εγκυμοσύνη, χρειάζεται να ενημερωθεί για την αντισύλληψη αλλά και για τους κινδύνους που υπάρχουν τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί αν τελικά μείνει έγκυος. \

1.3 Αιτιολογία ψυχικών διαταραχών

Η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών ερευνάται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς όμως τα αποτελέσματα να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Προοδευτικά έχει γίνει αντιληπτό, ότι ίσως δεν πρέπει να αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα και ότι η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών προέρχεται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Πολλοί υποστηρίζουν ότι υπάρχει και ένα μοντέλο γενετικής προδιάθεσης, το οποίο μπορεί να επιδεινωθεί από στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος. Στην περίπτωση των περιγεννητικών διαταραχών έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί υποθέσεις, σύμφωνα με τις οποίες η αλλαγή στις ορμόνες μπορεί να ευθύνεται, κάτι που δεν αποδεικνύεται από τις μέχρι τώρα έρευνες

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα υποστηρίζουν ότι η καταθλιπτική διάθεση ή το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελούν τους ισχυρότερους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στην επιλόχεια περίοδο. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι ο βαθμός υποστήριξης, πρακτικής και συναισθηματικής, από το σύντροφο αλλά και το κοινωνικό περίγυρο της γυναίκας, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, γεγονότα ζωής και η ύπαρξη ενός ψυχιατρικού ιστορικού. Ένα ήδη επιβεβαρωμένο ψυχιατρικό ιστορικό αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Μια γυναίκα με ατομικό ιστορικό κάποιας ψυχικής διαταραχής, φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτη στο να ανταπεξέλθει σε ενδεχόμενες δυσκολίες, όπως κάποια επιπλοκή στην κύηση ή τον τοκετό, ή σε προβλήματα στη σχέση με το σύζυγο, αλλά και γενικότερα σε οποιοδήποτε στρεσογόνο συμβάν, επαγγελματικό, οικονομικό, οικογενειακό, κλπ. Την ίδια βαρύτητα φαίνεται να έχει και η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στο οικογενειακό ιστορικό της γυναίκας.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η συγκέντρωση παραγόντων κινδύνου στο ιστορικό ατομικό και οικογενειακό μιας γυναίκας, αυξάνουν τις πιθανότητες για εμφάνιση κάποιας περιγεννητικής διαταραχής. Πρόκειται για πιθανότητα και όχι για βεβαιότητα, που θα πρέπει να ευαισθητοποιεί τη γυναίκα, το οικογενειακό της περιβάλλον, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται μαζί της, μπροστά στα όποια συμπτώματα.

1.4 Συνέπειες των ψυχικών διαταραχών

Σε αρκετές περιπτώσεις γυναικών η ψυχική διαταραχή μπορεί να μη γίνει αντιληπτή. Τα αίτια μιας τέτοιας παράβλεψης ποικίλουν. Αρχικά η γυναίκα μπορεί να μην είναι σε θέση να εκθέσει το πρόβλημα της και χωρίς την κατάλληλη καθοδήγηση να μην εκφράσει τις δυσκολίες που περνάει. Δυστυχώς οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι στον τομέα αυτόν. Άλλες γυναίκες συνειδητά κρύβουν τα συμπτώματά τους, προσπαθώντας να ανταποκριθούν στο ρόλο της «τέλειας» μητέρας και συζύγου.

Παρόλα αυτά ένας ειδικός ψυχικής υγείας ή ένας εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας άλλης ειδικότητας μπορεί να είναι σε θέση να καταλάβει την ψυχική διαταραχή ακούγοντας τα συχνά παράπονα της γυναίκας: άγχος, αρνητικά συναισθήματα για το παιδί, δυσκολία να νιώσει ότι έχει έναν ικανοποιητικό δεσμό μαζί του. Η γυναίκα μπορεί να παραπονιέται για έλλειψη σεξουαλικής διάθεσης, δυσκολίες στον γάμο της, άγχος για την επιστροφή της στην εργασία, εμπόδια να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις της με το σπίτι και τη φροντίδα του παιδιού, κοινωνική απομόνωση, έλλειψη

αυτοεκτίμησης, φόβο ότι δεν είναι αρκετά καλή μητέρα, αλλά και μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων, πόνους στην πλάτη και στην κοιλιακή χώρα, πονοκεφάλους, κλπ.

Οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση αλλά και μετά είναι πιθανό να επιφέρουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία, στην ποιότητα ζωής της γυναίκας, του εμβρύου ή του βρέφους, καθώς και μια σειρά επιπτώσεων που αφορούν τις σχέσεις, την εργασία και τη γενικότερη λειτουργικότητα.

Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν συσχετισθεί με απόπειρες αυτοκτονίας, επιπλοκές κατά την κύηση, πρόωρο τοκετό, λιποβαρή βρέφη. Αν μάλιστα μείνουν χωρίς την κατάλληλη παρέμβαση, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Οι συνέπειες της ψυχικής πάθησης δεν περιορίζονται μόνο στην περιγεννητική περίοδο, αλλά φαίνεται πως δρουν μακροπρόθεσμα στην μετέπειτα ζωή της γυναίκας.

Για παράδειγμα, η μητέρα μπορεί να μην είναι σε θέση να φροντίσει κατάλληλα για την ψυχοσωματική υγεία του παιδιού της, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται καθυστερήσεις στην γνωστική ανάπτυξη του, αλλά και σε άλλες αναπτυξιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Σε σοβαρές περιπτώσεις είναι πολύ πιθανό να παρατηρηθούν και περιπτώσεις εγκατάλειψης ή και κακοποίησης. Η μητέρα που πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή δεν μπορεί να έχει στενή σχέση με το παιδί της, δεν νιώθει συναισθήματα για αυτό ή ενδέχεται να αρνείται ότι είναι δικό της. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις που η μητέρα γίνεται εχθρική και επιθετική με το παιδί, το εγκαταλείπει μόνο του και φεύγει από το σπίτι.

Εκτός από τις σοβαρές συνέπειες που πλήττουν άμεσα το παιδί, υπάρχουν πλείστες άλλες, όπως για παράδειγμα η κοινωνική απομόνωση. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών κατά την περιγεννητική περίοδο λαμβάνουν χώρα 6 εβδομάδες πριν τον τοκετό (περίπου 60%) και 12 εβδομάδες μετά. Παρόλο που η αυτοκτονία είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου στην περιγεννητική περίοδο και οι γυναίκες που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών, τα ποσοστά αυτά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Τα ποσοστά αυξάνονται στην περίπτωση γυναικών που βίωσαν πρόσφατα διακοπή κύησης.

1.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη της εμφάνισης διαταραχών και, σε περίπτωση που αυτές είναι ενεργές και έκδηλες, στη βεβαιότητα ότι έχουν εντοπισθεί και διαγνωσθεί.

Η πρόληψη συμβάλλει στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, που αυξάνουν την

πιθανότητα εμφάνισης ψυχικής διαταραχής ή επιδείνωσης μιας ήδη εμφανιζόμενης διαταραχής αλλά σε μελλοντική φάση. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν την κληρονομικότητα, το ψυχιατρικό ιστορικό, πρώιμες εμπειρίες ζωής και παρόντες συνθήκες, καθώς και τη διάθεση και τη λειτουργικότητα του ατόμου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, φάνηκε ότι από τις περιπτώσεις κατάθλιψης σε 1000 άτομα του πληθυσμού, μόνο οι 80 αναφέρουν τα συμπτώματα και να ζητήσουν βοήθεια από τον γενικό γιατρό τους. Από τις 80 αυτές περιπτώσεις, οι 49 δεν αναγνωρίζονται από τους γιατρούς αυτούς ως πάσχουσες από κάποια ψυχική διαταραχή. Η αιτία για αυτό φαίνεται να είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες παραπονιούνται κυρίως για οργανικά συμπτώματα, πίσω από τα οποία προϋπάρχ

ει κάποια διαταραχή. Δυστυχώς, οι ειδικοί συχνά δεν είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν τις διαταραχές ψυχικής φύσης, μέσα από τις διαφορετικές εκφράσεις τους, με αποτέλεσμα να μην παραπέμπουν στις εξειδικευμένες ειδικότητες. Ορισμένοι δε δεν είναι ιδιαίτερα επικοινωνιακοί και δεν έχουν τις κατάλληλες ικανότητες για να δημιουργήσουν ένα καλό κλίμα που να επιτρέπει την αποκάλυψη ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων. Από την πλευρά των γυναικών, αρκετές αποφεύγουν να αποκαλύψουν ψυχικής φύσης δυσκολίες, εκτός και αν ερωτηθούν άμεσα για αυτές. Παραδείγματος χάρη, αποκρύπτουν πληροφορίες για τον τύπο και την ένταση των συμπτωμάτων που μπορεί να βιώνουν, από φόβο ότι θα κριθούν ακατάλληλες ως μητέρες και θα τους πάρουν το παιδί.

Στην περίπτωση που μια γυναίκα υποφέρει από ψυχικής φύσης συμπτώματα, υπάρχουν μια σειρά θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να τη βοηθήσουν. Τόσο η ψυχοθεραπεία όσο και η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Σε ορισμένες ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις, απαιτείται ο συνδυασμός αυτών, και η παράλληλη ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και συμβουλευτική του υποστηρικτικού δικτύου της γυναίκας.

Οι δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει μια γυναίκα κατά την περιγεννητική περίοδο, μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με συμβουλευτική, υποστηρικτική, συμμετοχή σε ομάδες ενημέρωσης εγκύων, υπο την εποπτεία των ειδικών εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Η επιλογή, επομένως, της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται από την περίπτωση, δηλαδή από την εκτίμηση των αναγκών, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι επιπτώσεις της λήψης ψυχιατρικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, δεν έχουν ακόμα σαφώς επιβεβαιωθεί και κατανοηθεί. Ωστόσο, θα πρέπει ανάλογα με την περίπτωση να εκτιμάται ο κίνδυνος, τόσο των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και της της ψυχικής νόσου, αν αυτή αφεθεί αθεράπευτη.

1.5.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η ασφάλεια των αντιψυχωτικών φαρμάκων στην κύηση, καθώς οι περισσότερες γυναίκες με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές δεν μπορούν να σταματήσουν να παίρνουν την αγωγή τους, αφού αυτό θα επηρέαζε τις καθημερινές τους δραστηριότητες και ιδιαίτερα τη φροντίδα ενός βρέφους. Όταν χορηγούνται στη κατάλληλη περίπτωση και στη σωστή δόση είναι ανεκτίμητα. Τα τελευταία χρόνια γίνεται πολύ συζήτηση για τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη Ψυχιατρική.

Η δομική ή λειτουργική δυσγενεσία των εμβρυϊκών οργάνων ορίζεται ως τερατογένεση. Μείζονες συγγενείς ανωμαλίες παρατηρούνται στο 2-4% όλων των νεογνών ενώ η συνολική επίπτωση των ελασσόνων διαμαρτιών είναι 9%. Εκτιμάται ότι το 25% οφείλεται σε γενετικές ή χρωμοσωμικές ανωμαλίες, το 10% σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπου συμπεριλαμβάνονται και τα φάρμακα, και το 65% σε άγνωστες αιτίες. Άρα, περίπου το 1% του συνόλου των συγγενών διαμαρτιών συσχετίζονται με έκθεση σε φάρμακα.

Οι μηχανισμοί τερατογένεσης λόγω χορήγησης φαρμάκων δεν είναι ακόμη καλά κατανοητοί, οπότε είναι δύσκολο να προβλεφθεί, βάσει φαρμακολογικών παραμέτρων, αν ένα φάρμακο μπορεί να προκαλέσει συγγενείς διαμαρτίες. Η γενετική σύνθεση του εμβρύου, η ηλικία κύησης τη χρονική στιγμή της έκθεσης στο βλαπτικό παράγοντα και η συνολική έκθεση του εμβρύου, η ηλικία της μητέρας και η διατροφική της κατάσταση, το ιστορικό της αναφορικά με προϋπάρχουσες ασθένειες και η δόση του φαρμάκου φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο.

Πριν προχωρήσουμε σε διάφορα δεδομένα χρειάζεται να αναφερθούμε στο ότι η κύηση διακρίνεται σε τρεις περιόδους αναφορικά με τον κίνδυνο τερατογένεσης κατά την έκθεση σε τερατογόνα:

- 1) Η προεμφυτευτική περίοδος, τις 2 εβδομάδες μεταξύ της σύλληψης και της εμφύτευσης. Ένας αρνητικός παράγοντας εάν επιδράσει σε μεγάλο αριθμό κυττάρων μάλλον θα προκαλέσει το θάνατο του εμβρύου, ενώ εάν βλάπτονται λίγα κύτταρα, μπορεί να γίνει γενετική επιδιόρθωση και να ακολουθήσει μια σωστή φυσιολογική ανάπτυξη, επειδή αδιαφοροποίητα κύτταρα αντικαθιστούν αυτά που υπέστησαν βλάβη. Άρα, η τερατογένεση αποκλείεται από το στάδιο αυτό.

2) Η εμβρυονική περίοδος, από τη 2η ως τη 8η εβδομάδα μετά τη σύλληψη. Κατά τη διάρκεια της επιτελείται η οργανογένεση και είναι, για το λόγο αυτό, η πιο κρίσιμη αναφορικά με δομικές ανωμαλίες.

3) Η εμβρυϊκή περίοδος μετά την 9η εβδομάδα από τη σύλληψη. Στη διάρκεια της συμβαίνει η ωρίμανση και η λειτουργική ανάπτυξη των οργάνων του εμβρύου. Η τερατογένεση είναι απίθανη, αλλά τα φάρμακα μπορεί να μεταβάλλουν την ανάπτυξη και τη λειτουργία των φυσιολογικά σχηματισμένων εμβρυϊκών οργάνων και ιστών.

Οι λόγοι που οδηγούν τις έγκυες γυναίκες στη λήψη αντιβίωσης είναι είτε για να αντιμετωπίσουν επιπλοκές της κύησης καθεαυτής ή λόγω μίας άλλης κοινής λοίμωξης που μπορεί να συμβεί και στο γενικό πληθυσμό, είτε λόγω του γεγονότος ότι η κύηση οδηγεί σε ευπάθεια σε λοιμώξεις που για το λοιπό πληθυσμό δεν προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία. Αυτό το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς σχετίζεται με τις μεταβολές του ανοσοποιητικού συστήματος της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης. Επειδή το 50% του γενετικού υλικού του εμβρύου προέρχεται από τον πατέρα, ο κίνδυνος του εμβρύου για απόρριψη από το μητρικό ανοσιακό σύστημα είναι παρόμοιος με αυτόν ενός μεταμοσχευμένου οργάνου.

Από τις ενδείξεις φαίνεται ότι το γυναικείο ανοσοποιητικό σύστημα ανέχεται τα εμβρυϊκά αντιγόνα καταστέλλοντας την κυτταρικού τύπου ανοσία, ενώ διατηρεί φυσιολογική τη χυμικού τύπου.

Παρόλο που οι έγκυες γυναίκες δεν είναι ανοσοκατεσταλμένες με, οι ανοσολογικές μεταβολές της κύησης είναι δυνατόν να προξενήσουν κατάσταση αυξημένης ευπάθειας σε ορισμένα ενδοκυττάρια παθογόνα, συμπεριλαμβανομένων ιών, βακτηρίων και παρασίτων, όπως είναι η ελονοσία και η ιλαρά, η τοξοπλάσμωση, η γρίπη και η ανεμευλογιά, οι οποίες έχουν πιο σοβαρή κλινική διαδρομή σε εγκύους, με αυξημένες επιπλοκές και θνητότητα

Επιπλέον, ακόμα και οι υπόλοιπες φυσιολογικές μεταβολές της κύησης, όπως η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, του όγκου παλμού, της κατανάλωσης οξυγόνου και η ελαττωμένη χωρητικότητα των πνευμόνων οδηγούν στον αυξημένο κίνδυνο νόσησης κατά την κύηση. Για τις ανάγκες της σωστής και ασφαλούς θεραπευτικής παρέμβασης, αναπτύχθηκε από το FDA ένα σύστημα κατηγοριοποίησης της ασφάλειας των φαρμάκων, το οποίο περιλαμβάνει 5 κατηγορίες κινδύνου σχετικά με τη χρήση φαρμάκων στην κύηση. Τα προβλήματα του συστήματος αυτού οφείλονται στο γεγονός ότι για πολλά φάρμακα στηρίζεται σε αναφορές περιστατικών ή σε περιορισμένες μελέτες σε πειραματόζωα, και για το λόγο αυτό πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο ως γενική γραμμή καθοδήγησης κατά το σχεδιασμό της θεραπείας.

Οι γυναίκες με ψυχωτικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες από ότι οι υγιείς γυναίκες. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται όχι μόνο για τη σχιζοφρένια αλλά και για τη θεραπεία άλλων ψυχιατρικών διαταραχών όπως η διπολική διαταραχή. κατά συνέπεια, ο αριθμός των γυναικών που χρήζουν αντιψυχωτικής αγωγής και είναι πιθανό να μείνουν έγκυες είναι αυξημένος.

Συνήθως δεν χρησιμοποιούνται σε άλλες διαταραχές που δεν θεωρούνται ψυχωτικές καθώς οι πιθανές παρενέργειές τους (κινητικού ή μεταβολικού τύπου) είναι αρκετά σοβαρές. Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως

- οι ακουστικές ή άλλου τύπου ψευδαισθήσεις,
- οι παραληρητικές ιδέες
- άρνηση για ζωή
- η μη ισορροπία στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου.

Οι παραληρητικές ιδέες διαχωρίζονται σε

- πρωτοπαθείς (αρχικό σύμπτωμα)
- δευτεροπαθείς όταν προηγούνται άλλα συμπτώματα όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις όπου το παραλήρημα εμφανίζεται ως μια προσπάθεια ερμηνείας του βιώματος αυτού

Ως προς την ταχύτητα εγκατάστασης των συμπτωμάτων, στην βραχεία ψυχωτική διαταραχή αυτό γίνεται με πιο οξύ τρόπο όπως και η υποχώρηση των συμπτωμάτων και μπορεί να επιδράσει με ευκολία με κάποιον παράγοντα ψυχολογικό ενώ στην σχιζοφρένια τόσο η ύπαρξη όσο και η διάρκεια των συμπτωμάτων λαμβάνει μια χρόνια μορφή.

Σύμφωνα με τα συμπτώματα και το ιστορικό της κάθε γυναίκας χορηγείται και το κατάλληλο φάρμακο. Για παράδειγμα ένας άνθρωπος μπορεί να εμφανίζει σοβαρό πρόβλημα με την εμφάνιση ψευδαισθήσεων ακουστικού περιεχομένου χωρίς όμως συνοδές παραληρητικές ιδέες ενώ κάποιος άλλος μπορεί να εκφράζει μόνο παραληρητικές ιδέες χωρίς ψευδαισθήσεις. Μερικές φορές τα συμπτώματα μπορούν να περιλαμβάνουν έντονες διαταραχές ύπνου και ψυχοκινητική ανησυχία οπότε ένα σκεύασμα που δρα πιο κατασταλτικά θα είναι πιο χρήσιμο.

1. Αγχολυτικά

Τα αγχολυτικά είναι ειδικές χημικές ουσίες γνωστές ως βενζοδιαζεπίνες και είναι τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα από όλες τις ειδικότητες. Ο ψυχίατρος τα χρησιμοποιεί προκειμένου να μειώσει το άγχος που συνοδεύει ποικίλες ψυχικές διαταραχές όπως π.χ. αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, κατάθλιψη, ψυχώσεις. Βέβαια πολλές φορές τα χρησιμοποιούν και γιατροί άλλων ειδικοτήτων, αφού είναι γνωστό ότι η μείωση του άγχους επηρεάζει θετικά τις περισσότερες ασθένειες. Τα αγχολυτικά ενεργούν στον εγκέφαλο ενώ οι παρενέργειες τους, στις σπάνιες περιπτώσεις που προκύπτουν, είναι κατά μέσο όρο πολύ λιγότερες και ελαφρύτερες απ' ότι άλλων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται κατά κόρον στην γενική ιατρική.

Ένα αρνητικό στοιχείο που υπάρχει από την χρήση των αγχολυτικών είναι η κατάχρηση, που μπορεί να δημιουργήσει εθισμό και εξάρτηση από αυτά. Ο ειδικός μπορεί να αποφύγει αυτό τον κίνδυνο διότι γνωρίζει τόσο τον κατάλληλο τρόπο χορήγησης όσο και τον ενδεδειγμένο τρόπο διακοπής τους. Σημαντικό είναι να γνωρίζουμε ότι, όταν τα συμπτώματα του άγχους έχουν μειωθεί, η μείωση της δόσης των αγχολυτικών πρέπει να γίνεται σταδιακά και ποτέ απότομα. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η διακοπή του φαρμάκου, χωρίς να ακολουθήσουν συμπτώματα στέρησης.

2. Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά ως γνωστόν, χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κατάθλιψης που στην εποχή μας αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Η φαρμακολογία έχει κάνει τεράστια πρόοδο στην έρευνα των συγκεκριμένων φαρμάκων με αποτέλεσμα να υπάρχουν σήμερα τα αντικαταθλιπτικά νέας γενιάς, που επικεντρώνουν την δράση τους στο σε κάποιο σύμπτωμα κατάθλιψης, εμφανίζοντας ελάχιστες έως ανύπαρκτες παρενέργειες.

Τα αντικαταθλιπτικά δεν συνηθίζονται από τον οργανισμό όπως τα αγχολυτικά και επομένως η επικρατούσα αντίληψη ότι είναι δυνατόν κάποιος να εξαρτηθεί από αυτά είναι πέρα για πέρα λανθασμένη. Στις περιπτώσεις που τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται σωστά, πραγματικά αλλάζουν την ζωή των πασχόντων, επαναφέροντας την χαμένη ενεργητικότητα και τη διάθεση για ζωή.

Ωστόσο θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα χορηγούνται μόνο σε περίπτωση ψυχικής διαταραχής και όχι με απώτερο σκοπό να φτιάξει η διάθεση. Η χρήση τους χωρίς την παρουσία ψυχικής νόσου σίγουρα θα μας οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις. Δεν υπάρχει

κανείς που να αμφισβητεί ότι είναι σαφώς προτιμότερο η μέλλουσα μητέρα να μην ακολουθεί καμία φαρμακευτική αγωγή πλην των όσων συνιστά ο γυναικολόγος της για την καλή εξέλιξη της κύησης. Δυστυχώς, λόγω της αυξημένης ηλικίας στην οποία οι γυναίκες αποκτούν παιδιά, βρισκόμαστε συχνά αντιμέτωποι με εγκύους που λαμβάνουν συστηματικά φαρμακευτική αγωγή – εγκύους υπερτασικές, διαβητικές, καταθλιπτικές ή ψυχωσικές.

Για να μπορέσει να αξιολογήσει τον κίνδυνο που επιφέρει για το έμβρυο ένα φάρμακο, ο αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), ο αντίστοιχος οργανισμός του Ελληνικού ΕΟΦ δηλαδή, έχει κατατάξει τα φάρμακα σε κατηγορίες ανάλογα με το πόσο επικίνδυνο είναι το κάθε φάρμακο για το μωρό. Οι κατηγορίες αυτές ξεκινούν από την κατηγορία Α (έχουν γίνει ελεγχόμενες μελέτες σε εγκύους και δεν έχει φανεί κάποιος κίνδυνος για το έμβρυο) και φτάνουν στην κατηγορία Χ (έρευνες σε ανθρώπους ή πειραματόζωα έχουν δείξει πως ο κίνδυνος από τη χρήση του φαρμάκου υποσκελίζει κάθε πιθανό όφελος). Οι ενδιάμεσες κατηγορίες περιγράφουν έναν διαβαθμισμένο κίνδυνο για το έμβρυο ή, συνηθέστερα, την απουσία ερευνών σε ανθρώπους. Τα φάρμακα της κατηγορίας Β για παράδειγμα, όπου εντάσσονται και τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά, οι έρευνες σε πειραματόζωα δεν έχουν δείξει κάποιο πρόβλημα για το έμβρυο, όμως δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες ή παρατηρήσεις σε ανθρώπους (λόγω τεχνικών δυσκολιών, η μεγαλύτερη από τις οποίες είναι ότι ηθικά δεν μπορούμε να οργανώσουμε τέτοια πειράματα σε ανθρώπους).

Ο ειδικός αποφασίζει κατά περίπτωση εάν μια μέλλουσα μητέρα χρειάζεται να πάρει αντικαταθλιπτικά διερευνώντας μελετώντας τη σχέση πιθανού κόστους- οφέλους δηλαδή κατά πόσο το αναμενόμενο όφελος από τη χρήση ενός φαρμάκου σε σύγκριση με τους κινδύνους για το έμβρυο δικαιολογεί τη χρήση του.

Το αν θα συνεχίσει μια εγκυμονούσα τα αντικαταθλιπτικά σίγουρα δεν είναι εύκολη υπόθεση και δεν ενδιαφέρει μόνο εκείνη. Οι μέλλοντες γονείς και ο θεράπωντας ειδικός πρέπει να λάβουν υπόψη τους με μεγάλη προσοχή διάφορους παράγοντες όπως για παράδειγμα τις δυσκολίες που περνάει η γυναίκα τη συγκεκριμένη περίοδο σε συσχέτιση με το ιστορικό της. Στις περιόδους όπου η έγκυος είναι σταθεροποιημένη και η νόσος σε ύφεση, δεν χρειάζεται να συνεχίζεται η φαρμακευτική παρέμβαση. Όμως κάποιες φορές τα αντικαταθλιπτικά δεν αποτελούν ουσίες που κανείς μπορεί να παίρνει και να τα σταματά κατά βούληση. Υπάρχουν γυναίκες με σοβαρές καταθλίψεις ή πανικούς, γυναίκες αυτοκτονικές. Μια παράμετρος που συνεκτιμάται επίσης είναι το πως εξελίχθηκαν παλιότερες εγκυμοσύνες της ασθενούς.

Μετά την εκτίμηση αυτή, ο ειδικός οφείλει να εξηγήσει αναλυτικά τους κινδύνους που υπάρχουν από τη χρήση των αντικαταθλιπτικών, αλλά και τους κινδύνους που πηγάζουν από την κατάθλιψη ή τους πανικούς για το έμβρυο. Με τα δεδομένα αυτά, οι γονείς είναι σε θέση να πάρουν μια απόφαση έχοντας μια σαφή γνώση του πιθανού οφέλους, αλλά και των πιθανών συνεπειών.

Την τελευταία δεκαετία υπολογίστηκε πως μια στις 10 εγκύους στις ΗΠΑ παίρνει αντικαταθλιπτικά κατά τη διάρκεια της κύησης της. Αυτό έγινε γιατί οι έρευνες που έχουν γίνει ως τώρα δείχνουν πως ένας μεγάλος αριθμός καταθλιπτικών μετά από διακοπή της θεραπείας τους υποτροπιάζουν. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων αυτών φτάνει και το 60-70%. Βέβαια όλα τα παραπάνω αναφέρονται στο μωρό αφού η κατάθλιψη και το άγχος στη διάρκεια της κύησης έχουν συχνά σημαντικές επιπτώσεις και στο έμβρυο.

Πλέον γνωρίζουμε ότι η κατάθλιψη και το μεγάλο άγχος (κρίσεις πανικού) συχνά προκαλούν πρόωρο τοκετό, κάνουν το παιδί να γεννηθεί με μικρότερο σωματικό βάρος από ότι πρέπει, ενώ έχει αναφερθεί πως τα παιδιά των καταθλιπτικών γυναικών που δεν παίρνουν κάποια θεραπεία έχουν μεγάλες πιθανότητες να έχουν προβλήματα με κατάχρηση ουσιών ή ακόμη και προβλήματα αλκοολισμού και γενικότερα αυξημένα ψυχολογικά προβλήματα (Perkin et al., 1993).

Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες σε έντονο στρες εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα, και η αύξηση αυτή συνεχίζεται μέχρι και την εφηβεία. Αυξημένη κορτιζόλη σημαίνει με απλά λόγια αυξημένη ευαισθησία στο άγχος – με όποια ψυχοπαθολογία συνοδεύεται αυτό. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός πως αν η μητέρα πάρει αντικαταθλιπτικά, τα επίπεδα κορτιζόλης του εμβρύου γρήγορα επιστρέφουν στο φυσιολογικό. Άρα το συμπέρασμα είναι ότι εφόσον υπάρχει ισχυρή ένδειξη για την λήψη φαρμακευτικής αγωγής είναι προτιμότερο να χορηγείται αγωγή.

Στην πάθηση αυτή το νεογνό, λόγω μιας βλάβης των πνευμονικών αγγείων, εμφανίζουν δύσπνοια, και υποξία, που μπορεί να χρειαστούν διασωλήνωση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποβεί μοιραία στο 10-20% των περιπτώσεων. Είναι πολύ σπάνια νόσος, καθώς προσβάλλει 1-2 στα 1000 μωρά. Γνωστή αιτιολογία της κατάστασης αυτής δεν υπάρχουν, έχει βρεθεί όμως ότι είναι συχνότερη στα παιδιά των καπνιστριών και των διαβητικών γυναικών, καθώς και σε νεογνά που έχουν πάθει σιδηραιμία, εισρόφηση από μηκόνιο ή έχουν γεννηθεί με καισαρική.

Το 2006 δημοσιεύθηκε μια έρευνα που συσχέτιζε τη χρήση αντικαταθλιπτικών με την γέννηση παιδιού με εμμένουσα πνευμονική υπέρταση, ανεβάζοντας τη συχνότητα της νόσου σε 1% στη συγκεκριμένη ομάδα γυναικών. Μετά τη δημοσίευση αυτής της έρευνας, όμως, ακολούθησαν δύο ακόμα μεγάλες έρευνες, η πρώτη από τις οποίες έδειξε μια σαφώς μικρότερη αύξηση του κινδύνου που αφορούσε κυρίως στα νεογνά που είχαν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικά τους τελευταίους 3 μήνες κύησης. Η δεύτερη, δε, έρευνα, που έγινε σε μεγαλύτερο αριθμό παιδιών, επομένως από στατιστικής άποψη πιο ισχυρή, περίπλεξε ακόμη περισσότερο τα δεδομένα αφού δεν βρήκε καμία αύξηση της εμμένουσας πνευμονικής υπέρτασης στα παιδιά που είχαν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικά στην ενδομήτρια ζωή τους (Wen et al., 2006)

Έτσι, φαίνεται πως, ακόμα κι αν υποθέσουμε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης εμμένουσας πνευμονικής υπέρτασης είναι μεγαλύτερος για τα παιδιά αυτά(κάτι που μάλλον δεν αποδεικνύεται τελικά) το NIH (Αμερικανικό Ινστιτούτο για την Υγεία), οργανισμός υπεύθυνος για την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για τη θεραπεία των διαφόρων νοσημάτων στις ΗΠΑ, αναφέρει ότι 99% των γυναικών που θα πάρουν κάποιον SSRI κατά τη διάρκεια της κύησης τους θα γεννήσουν ένα υγιές βρέφος που δεν θα πάσχει από πνευμονική υπέρταση. Αντιθέτως, οι κίνδυνοι που συνοδεύουν την υπέρταση που μένει χωρίς θεραπεία κατά τη διάρκεια μιας κύησης είναι πολύ μεγαλύτεροι και πολύ συχνότεροι. (Payne, Meltzer-Brody, 2009).

Συνεπεία των παραπάνω, δύο χρόνια αργότερα, τον Δεκέμβριο του 2011, ο FDA, ο αντίστοιχος οργανισμός του δικού μας ΕΟΦ, εξέδωσε μια οδηγία όπου υποστηρίζει ότι «*δεδομένων των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις διάφορες μελέτες, είναι πρόωρο να φτάσουμε σε οποιοδήποτε συμπέρασμα για την ύπαρξη πιθανής συσχέτισης ανάμεσα στη χρήση SSRI κατά τη διάρκεια της κύησης και στην εμφάνιση πνευμονικής υπέρτασης στο νεογνό*» και ως εκ τούτου, συμπεραίνεται ότι οι ειδικοί δεν χρειάζεται να αλλάξουν την τρέχουσα πρακτική τους για τη θεραπεία της κατάθλιψης κατά την κύηση, σταθμίζοντας τον μικρό κίνδυνο πνευμονικής υπέρτασης με τους σημαντικούς κινδύνους που συνοδεύουν την υπο-θεραπευόμενη ή την μη θεραπευόμενη κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης.

Επίσης, το στερητικό σύνδρομο αποτελεί ένα ακόμη αρνητικό αποτέλεσμα. Κάποια νεογνά που έχουν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικά εμφανίζουν

- αναπνευστική δυσχέρεια,
- κυάνωση,
- άπνοια,
- επιληπτικές κρίσεις,
- ευερεθιστότητα,
- συνεχές κλάμα,
- τρόμο
- επίταση των αντανακλαστικών.

Η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου είναι ακόμη πιο πιθανό να εμφανιστεί αν η θεραπευτική αγωγή είναι συνδυαστική και με άλλα φάρμακα, κυρίως αγχολυτικά

Το σύνδρομο αυτό γενικά είναι ήπιο και αυτοπεριοριζόμενο, ενώ επιπλέον δεν φαίνεται να έχει κάποιες περαιτέρω συνέπειες για το παιδί. Κάποιοι ειδικοί προτείνουν ελάττωση της δοσολογίας των χορηγούμενων αντικαταθλιπτικών κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης με σταδιακούς ρυθμούς και όχι απότομα. Όμως, η πρακτική αυτή δεν γίνεται αποδεκτή από όλους καθώς δεν έχει αξιολογηθεί ούτε αν βοηθά πραγματικά να μην εμφανιστεί στερητικό σύνδρομο ούτε αν αυτή η μείωση έχει άλλες επιπτώσεις στη μητέρα ή το νεογνό της. Έτσι λοιπόν δεν υπάρχει κάποια επίσημη ιατρική οδηγία που να υποστηρίζει αυτή την πρακτική.

Γενικός κανόνας στην ψυχιατρική είναι πως αν είναι γνωστό πως μια ασθενής ανταποκρίνεται καλά σε ένα φάρμακο, θα πρέπει να προτιμάται το συγκεκριμένο φάρμακο. Στην περίπτωση της κύησης όμως, και δεδομένου ότι τα επιστημονικά στοιχεία που έχουν αθροιστεί ως τώρα αφορούν τα περισσότερα στους παλιότερους SSRI's και όχι σε φάρμακα νεότερων κατηγοριών, καλό θα ήταν να προτιμάται κάποιος από τους παλιότερους SSRI's, και κυρίως η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη και η φλουοξετίνη, εφ' όσον βέβαια η εγκυμονούσα μπορεί να αντέξει τα φάρμακα αυτά. Η παροξετίνη, άλλος ένας SSRI αντίστοιχης «ηλικίας», καλό θα ήταν να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της κύησης, καθώς η λήψη της ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο, έχει συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα καρδιακών ανωμαλιών.

Τα ακόμη παλιότερα αντικαταθλιπτικά, γνωστά ως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Όμως, επειδή τα φάρμακα αυτά προκαλούν σημαντική δυσκοιλιότητα και ορθοστατική υπόταση, συνήθως δυσκολεύουν σημαντικά τις εγκύους.

Τα αντικαταθλιπτικά, όπως η φλουοξετίνη, στα πρώτα στάδια της κύησης μπορεί να διπλασιάσει τον κίνδυνο απόκτησης νεογνού με γεννητικές ανωμαλίες, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο Online First του BMJ. Ωστόσο η πλειοψηφία των παιδιών που γεννιούνται από γυναίκες που παίρνουν αντικαταθλιπτικά της ομάδας των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης, δεν έχουν τέτοια ελαττώματα. Προηγούμενες μελέτες έχουν σχετίσει τους ειδικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης με καρδιακά ελαττώματα, αλλά επίσης και με ακόμη σοβαρότερα γεννητικά ελλείμματα. Σύμφωνα με την μελέτη του Petersen et al, (2011) που έγινε σε περισσότερα από μισό εκατομμύριο παιδιά που είχαν γεννηθεί στην χώρα την περίοδο 1996-2003, μόνο τα καρδιακά ελλείμματα είναι πιθανόν να σχετίζονται με τα αντικαταθλιπτικά (Petersen et al., 2011).

Μαζί με την φλουοξετίνη, η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο περισσότερα από τα άλλα αντικαταθλιπτικά, όπως και η χρήση περισσότερων του ενός αντικαταθλιπτικών, ταυτόχρονα. Συνολικά, η χρήση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης στην αρχή της κύησης οριζόμενη ως 28 ημέρες πριν με 112 ημέρες μετά την σύλληψη,

διπλασιάζει τον κίνδυνο συγκεκριμένου καρδιακού ελλείμματος που περιλαμβάνει το τμήμα ιστού που διαχωρίζει τμήματα της καρδιάς.

Η σερτραλίνη τριπλασιάζει τον κίνδυνο, ενώ η σιταλοπράμη τον διπλασιάζει. Η χρήση άνω του ενός εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης σχεδόν τετραπλασιάζει τον κίνδυνο καρδιακού ελλείμματος. Ωστόσο, ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται με τέτοιες ανωμαλίες και πάλι παραμένει μικρός: Για περίπου κάθε 250 εγκύους που παίρνουν εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης θα γεννηθεί ένα νεογνό με το συγκεκριμένο ελάττωμα, ενώ για κάθε δύο που γεννιούνται με το αυτό το έλλειμμα στις 250 γυναίκες μόνο μια έπαιρνε ένα αντικαταθλιπτικό. Και τέσσερα για κάθε 200 μητέρες που έπαιρναν περισσότερα από δύο αντικαταθλιπτικά, ταυτόχρονα.

Ο Oberlander et al, (2006) εξέτασε τα ιατρικά δεδομένα 120.000 γεννήσεων στο χρονικό διάστημα από το 1998 μέχρι το 2001 για να διαπιστώσει ότι στο 14% των μητέρων είχε διαγνωστεί κατάθλιψη. Στη συνέχεια η ομάδα του εξέτασε τις επιπτώσεις της λήψης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στα βρέφη που έφεραν στον κόσμο 1451 γυναίκες που έπασχαν από κατάθλιψη και λάμβαναν σχετική αγωγή. Για να συγκρίνουν τα αποτελέσματα μελέτησαν τα βρέφη άλλων 14.234 μητέρων με κατάθλιψη, οι οποίες όμως δεν λάμβαναν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε ποσοστό 13,9% έναντι 7,8% τα βρέφη των οποίων μητέρες έπαιρναν αντικαταθλιπτικά αντιμετώπιζαν αναπνευστικά προβλήματα και χρειάζονταν μεγαλύτερη σε διάρκεια παραμονή σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Κατά τον ίδιο τρόπο αυτή η κατηγορία βρεφών είχε και πρόβλημα βάρους ενώ η πλειονότητά τους είχε γεννηθεί πριν από την 37η εβδομάδα της κύησης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σε αντίθεση με τις αναμενόμενες ιατρικές προσδοκίες ότι η φαρμακευτική αντιμετώπιση των μητέρων με κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης όχι μόνον δεν αναστρέφει τις επιπτώσεις στο έμβryo και στις ίδιες αλλά μπορεί να επιβαρύνει μελλοντικά την υγεία του μωρού και για αυτό θα πρέπει να ενημερώνεται επακριβώς η έγκυος από τον ιατρό της. (Oberlander et al., 2006)

3. Υπναγωγά

Τα υπναγωγά, όπως μπορεί κάποιος να συμπεράνει από την ονομασία τους, χορηγούνται στις περιπτώσεις αϋπνίας. Τα υπναγωγά φάρμακα πρέπει να δίνονται με πολύ μεγάλη προσοχή και για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, αφού, τα περισσότερα από αυτά, ανήκουν στην ίδια φαρμακευτική κατηγορία με τα αγχολυτικά και επομένως είναι δυνατόν να προκαλέσουν εθισμό και εξάρτηση. Η αϋπνία συνήθως δεν θεωρείται από μόνη της μια συγκεκριμένη διαταραχή αλλά σύμπτωμα κάποιας ευρύτερης ψυχικής διαταραχής όπως άγχους, κατάθλιψης κ.ά. Επομένως όταν έχουμε αϋπνία πρέπει να απευθυνθούμε σε ψυχίατρο προκειμένου να αντιμετωπίσουμε την αιτία της αϋπνίας και όχι να κάνουμε ανεξέλεγκτη χρήση υπναγωγών φαρμάκων που πιθανότατα θα επιδεινώσουν το γενικότερο πρόβλημα.

Τελικά, τα περισσότερα φάρμακα καταλήγουν με ίδιες συγκεντρώσεις από τις δύο πλευρές του πλακούντα. Η κύηση προκαλεί διαφορές στη φαρμακοκινητική, ώστε το καθιερωμένο θεραπευτικό εύρος για κάποια φάρμακα να είναι ακατάλληλο για τις εγκύους. Η αύξηση βάρους, του ενδογγειακού όγκου, του ρυθμού σπειραματικής διήθησης και του ηπατικού μεταβολισμού στην έγκυο έχει ως αποτέλεσμα τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα της μητέρας να βρίσκονται 10% έως 50% κάτω από το εύρος που παρατηρείται με τις ίδιες δοσολογίες όταν χορηγείται σε μη έγκυες γυναίκες. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται αύξηση της χορηγούμενης δόσης για να αποφευχθεί η υποδοσολογία.

Μια μελέτη αρρένων εφήβων στη Δανία που είχαν εκτεθεί ενδομητρίως στη φαινοβαρβιτάλη έδειξε χαμηλότερα επίπεδα νοημοσύνης IQ σε σχέση με ομάδα ελέγχου. Αυτή η διαφορά ήταν περισσότερο εμφανής στα άτομα με χαμηλό βιωτικό κοινωνικό επίπεδο, όταν η μελέτη έγινε στο 3ο τρίμηνο και όταν χορηγήθηκαν υψηλότερες δόσεις. Οι ομάδες ελέγχονταν ως προς τη γονική ηλικία, την κοινωνικο-οικονομική στάθμη, τη μόρφωση, την ηλικία κύησης, το μέγεθος του κυήματος, τη σειρά κύησης, τον χρόνο πρόκλησης της κύησης. Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης ήταν ότι δεν υπήρχαν διακυμάνσεις της πνευματικής μόρφωσης των γονέων, ώστε να εκτιμηθεί η πιθανή συμμετοχή γενετικών παραγόντων. Αυτή η μελέτη συσχετίστηκε με την χρήση αγωγής έναντι του αιτιολογικού παράγοντα, όπως στις γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν για υπέρταση

Μια άλλη προοπτική μελέτη κατέγραψε μεταβολές στο δείκτη νοημοσύνης IQ μεταξύ ομάδων παιδιών που έλαβαν ενδομητρίως φαινοβαρβιτάλη και ομάδων που έλαβαν φαινοβαρβιτάλη. Οι ομάδες είχαν ελεγχθεί για το φύλο, τη σειρά κύησης, την οικογενειακή κοινωνικο-οικονομική στάθμη και την ηλικία κύησης. Τα μειονεκτήματα περιλάμβαναν το μικρό αριθμό ασθενών και την έλλειψη μεταβολών των δεικτών νοημοσύνης των γονέων.

Ο Koch το 1999 ανέλυσε 67 νεογνά μητέρων που είχαν επιληψία. Χαμηλότερα επίπεδα νοημοσύνης IQ παρατηρήθηκαν στην ομάδα που έλαβε πολυθεραπεία και ιδιαίτερα εκείνων που έλαβαν πριμιδόνη. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση υψηλότερων δόσεων με χαμηλότερα επίπεδα IQ ιδιαίτερα με την πριμιδόνη. Υπάρχουν διάφορα προβλήματα σε αυτή τη μελέτη συμπεριλαμβάνοντας την έλλειψη ελέγχου της κοινωνικοοικονομικής στάθμης, καθώς και του μικρού αριθμού ασθενών.

Άλλες φορές μπορεί να επικρατούν κάποιες ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς άλλα έντονα συμπτώματα οπότε πιο βοηθητικό θα είναι ένα σκεύασμα χωρίς ιδιαίτερη καταστολή. Όπως και με άλλα φάρμακα υπάρχουν σημαντικές αλληλεπιδράσεις των αντιψυχωτικών με άλλα φάρμακα και ουσίες καθώς και με την λήψη τροφής, γι' αυτό η λήψη τέτοιων φαρμάκων χρειάζεται απαραίτητα να συνοδεύεται από την συμβουλή του ειδικού ψυχίατρου αλλά και γυναικολόγου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα ονομάζονται και νευροληπτικά ή μείζονα ηρεμιστικά και περιλαμβάνουν τα κλασικά και τα άτυπα αντιψυχωσικά. Πιο πιθανός τρόπος δράσης θεωρείται ο αποκλεισμός των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης. Η ιδιότητα αυτή φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα. Ωστόσο τα άτυπα αντιψυχωσικά δεσμεύουν σε μικρότερο βαθμό τους D2 υποδοχείς, αλλά δεσμεύουν ταυτόχρονα σε σημαντικό βαθμό τους υποδοχείς τύπου 2 της σεροτονίνης (5HT₂), σε αντίθεση με τα κλασικά αντιψυχωσικά. Ακόμη, η εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και η αύξηση της προλακτίνης οφείλεται στην ανταντοπαμινεργική τους δράση. Επίσης τα αντιψυχωσικά εμποδίζουν, τους αδρενεργικούς, χολινεργικούς, ισταμινεργικούς και άλλους σεροτονινεργικούς υποδοχείς, ενέργεια που σχετίζεται με αντενδείξεις όπως ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα. Τα αντιψυχωσικά έχουν την ίδια αντιψυχωσική ισχύ και το καθένα μπορεί να αντικατασταθεί με ισοδύναμες δόσεις άλλου φαρμάκου. Υπάρχει όμως μια εξαίρεση την οποία αποτελούν η κλοζαπίνη, η οποία είναι δυνατόν να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε ανθεκτικές μορφές σχιζοφρένειας, καθώς και η προμαζίνη και η λεβομεπρομαζίνη, οι οποίες έχουν ασθενέστερη δράση και χορηγούνται ως συμπληρωματικά της κύριας αντιψυχωσικής αγωγής φάρμακα.

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα ανήκουν στην κατηγορία των φαρμάκων που ενδείκνυνται για την θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών όπως

- η παραληρητική διαταραχή,
- η βραχεία ψυχωτική διαταραχή,
- η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και
- η σχιζοφρένεια καθώς
- μανιακή φάση της διπολικής διαταραχής.
- Η κατάθλιψη

Τα αντιψυχωσικά χωρίζονται σε κλασικά και νεότερα αλλά κύρια δράση και των δυο μεγάλων κατηγοριών είναι να επηρεάσουν την έκκριση του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη στον εγκέφαλο ο οποίος εμπλέκεται στην εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων

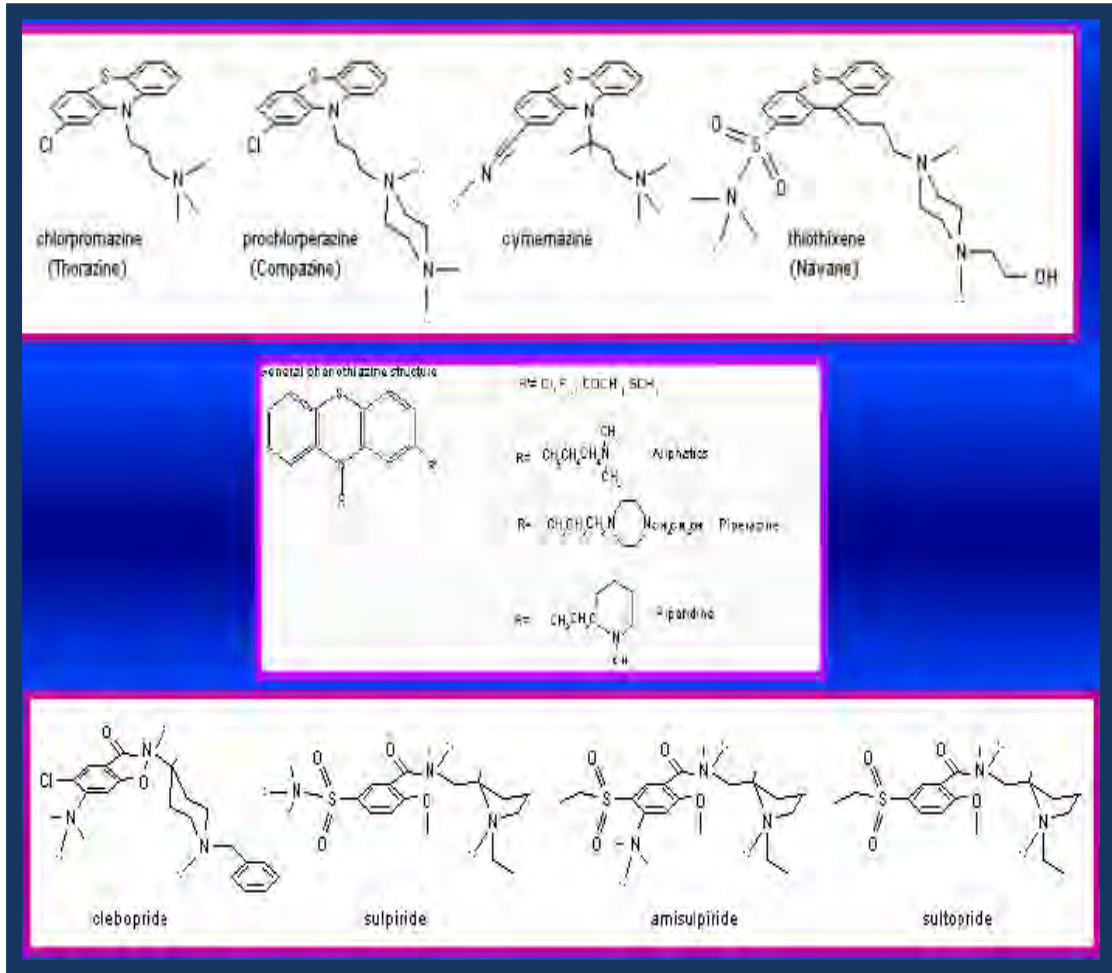
Τα κλασικά αντιψυχωσικά έχουν αρκετές παρενέργειες που περιλαμβάνουν

- εξωπυραμιδικά συμπτώματα,
- καταστολή,
- υπερπρολακτιναιμία,
- μεταβολικό σύνδρομο,
- σιελόρροια και
- άλλες γαστρεντερικές διαταραχές, αιματολογικές
- καρδιολογικές διαταραχές.

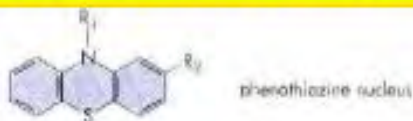
Θεωρούνται σήμερα ως δεύτερης επιλογής φάρμακα λόγω της σοβαρότητας των κινητικών τους παρενεργειών αν και σε ορισμένες οξείες σοβαρές περιπτώσεις είναι πιθανό να προτιμηθεί η ενέσιμη μορφή τους ως θεραπεία έναρξης.

Παρακάτω παραθέτουμε τα πιο γνωστά αντιψυχωτικά ανάλογα με τις κατηγορίες.

ΤΥΠΙΚΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

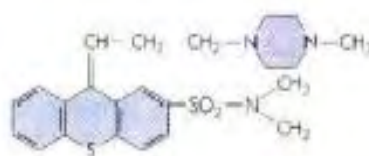


Κλασικά-Τυπικά



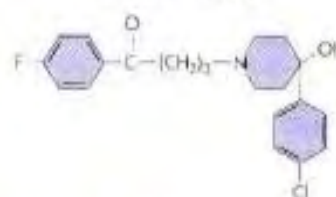
Drug	R ₁	R ₂
ALIPHATIC TYPE		
chlorpromazine	$-(CH_2)_3-N-CH_2-CH_3$	-Cl
PIPERAZINE TYPE		
fluphenazine	$-(CH_2)_3-N(CH_2CH_2OH)-CH_2CH_2OH$	-CF ₃
trifluoperazine	$(CH_2)_3-N(CH_3)-CH_2CH_2OH$	-CF ₃
PIPERIDINE TYPE		
thioridazine	$-CH_2-CH_2-N(CH_3)-CH_2CH_2-$	-SCH ₃

THIOXANTHENES



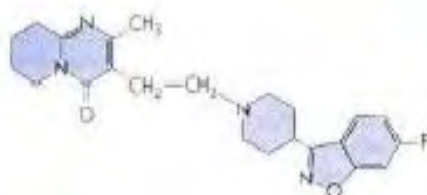
thiothixene

BUTYROPHENONES



haloperidol

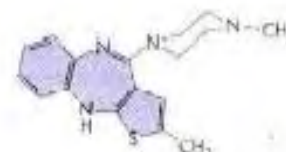
Άτυπα



risperidone



clozapine



aripiprazole

Οι κύριες κατηγορίες αυτών των φαρμάκων είναι:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Βουτυροφαινόνες
Αλοπεριδόλη (Aloperidin)
Φαινοθειαζίνες
Λεβομεπρομαζίνη (Nozinan)
Χλωροπρομαζίνη (Largactil, Zuledin)
Τριφθοριοπεραζίνη (Stelazine)
Διφαινυλοβουτυλοπιπεριδίνες
Πιμοζίδη (Pirium)
Θειοξανθένια
Ζουκλοπενθιζόλη (Clorixol)
τριοριδαζίνη,
φλουπενθιζόλη,
φλουφенаζίνη

Τα άτυπα αντιψυχωτικά παρουσιάζουν γενικά σε μικρότερο βαθμό τις σοβαρές κινητικού τύπου παρενέργειες αλλά κάποια από αυτά παρουσιάζουν σε εντονότερο βαθμό τις μεταβολικού, αιματολογικού, ενδοκρινολογικού, καρδιολογικού ή άλλου τύπου παρενέργειες.

Βενζισοξαζόλες
Ρισπεριδόνη (Risperdal, Rispelen, Depolan, κ.α.)
Παλιπεριδόνη (Invega)
Διβενζοδιαζεπίνες
Κλοζαπίνη (Leronex)
Κουετιαπίνη (Seroquel, Quepin, Quetiapine, κ.α.)
Θειοβενζοδιαζεπίνες
Ολανζαπίνη (Zyprexa, Zalasta, Olapine, κ.α.)
Βενζοθειαζολυπεραζίνες
Ζιπρασιδόνη (Geodon)
Αριπιπραζόλη (Abilify)
Βενζαμίδες
Αμισουλπρίδη (Solian, Isofredil, Nodasic, κ.α.)
Σουλπιρίδη (Dogmatyl, Calmoflorine)
Παλιπεριδόνη

Μερικές από τις πιο σημαντικές παρενέργειες που προκαλούν τα κλασικά αντιψυχωτικά είναι

- το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο,
- οι εξωπυραμидικές κινητικές εκδηλώσεις,
- η καταστολή,
- ορθοστατική υπόταση,
- οι ενδοκρινικές,
- οι μεταβολικές,
- οι καρδιολογικές

Η σπάνια αλλά και η πιο σοβαρή παρενέργεια των αντιψυχωτικών είναι το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο. Η ακριβής αιτιολογία παραμένει άγνωστη και η κλινική εικόνα περιλαμβάνει διανοητική σύγχυση, παρκινσονικό τρόμο, μυϊκή υπέρταση, ακινησία, δυσκινησία, υπερπυρεξία. Οι εξωπυραμιδικές παρενέργειες διαχωρίζονται σε οξείες και όψιμες. Οι οξείες χαρακτηρίζονται από τον ψευδοπαρκινσониσμό, την δυστονία και την αστάθεια οι οποίες είναι αναστρέψιμες και αντιμετωπίζονται με ειδικά αντιχολινεργικά φάρμακα. Οι όψιμες περιλαμβάνουν την όψιμη δυσκινησία η οποία συνήθως μπορεί να παρουσιαστεί μετά από τουλάχιστον τέσσερις μήνες θεραπείας. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ακούσιες κινήσεις προσώπου χεριών και ποδιών που παραμένουν τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες. Ως αντιμετώπιση προτείνεται η μείωση ή και διακοπή του αντιψυχωσικού που μπορεί να οδηγήσει σε παροδική επιδείνωση των συμπτωμάτων αυτών ή η αντικατάσταση του κλασικού αντιψυχωσικού από άτυπο. Η όψιμη δυσκινησία μπορεί να παραμείνει μετά την διακοπή του φαρμάκου για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι παρενέργειες στο ενδοκρινολογικό σύστημα περιλαμβάνουν την υπερπρολακτιναιμία η οποία εκδηλώνεται κλινικά με μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας και διαταραχές κύκλου και γαλακτόρροια.

Τα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν λιγότερες παρενέργειες με εξαίρεση την ρισπεριδόνη και την αμισουλπριδίδη που παρουσιάζουν σε πιο έντονο βαθμό την υπερπρολακτιναιμία, την κλοζαπίνη που παρουσιάζει σε μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρές αιματολογικές παρενέργειες (ακοκκιοκυτταραιμία) που μπορεί να γίνει απειλητική για τη ζωή.

Γενικά τα άτυπα έχουν την τάση να παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό μεταβολικές παρενέργειες όπως αύξηση βάρους, υπερλιπιδαιμία και σακχαρώδη διαβήτη με εξαίρεση την αριπιπραζόλη και την ζιπρασιδόνη (η οποία παρουσιάζει πιο συχνά διαταραχές καρδιακής αγωγιμότητας).

Η απότομη διακοπή των αντιψυχωσικών μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα όπως ναυτία, έμετο, διάρροια, εφίδρωση, μυϊκό άλγος, αϋπνία, άγχος και σύγχυση, καθώς και σε επιδείνωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων (μέχρι και μήνες μετά την διακοπή). Επιπλέον μπορούν να παρουσιαστούν και κινητικά συμπτώματα όπως δυσκινησίες (μέχρι και 2-4 εβδομάδες μετά την διακοπή). Οποιαδήποτε μεταβολή στην δοσολογία και γενικά στην αγωγή πρέπει να γίνεται με την σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου.

Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η ασφάλεια των φαρμάκων αυτών στην κύηση, καθώς οι περισσότερες γυναίκες με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές δεν μπορούν να σταματήσουν να παίρνουν την αγωγή τους, αφού αυτό θα επηρέαζε τις καθημερινές τους δραστηριότητες και ιδιαίτερα τη φροντίδα ενός βρέφους. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα πρώτης γενιάς αντιψυχωτικά

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν ιδιαίτερες συσχετίσεις μεταξύ της χρήσης αντιψυχωτικών φαρμάκων και της κύησης αλλά και αυξημένου κινδύνου συγγενών ανωμαλιών ή άλλων δυσμενών συνεπειών. ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες, καθώς υπάρχει έλλειψη μεγάλων, καλά σχεδιασμένων, προοπτικών, συγκριτικών μελετών. κατά συνέπεια, οι παρεχόμενες πληροφορίες δεν θα πρέπει να θεωρηθούν αδιαμφισβήτητες όσο αναφορά την ασφάλεια αυτών των φαρμάκων, καθώς απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Οι γυναίκες που χρειάζονται θεραπεία θα πρέπει πάντα να συζητούν τους κινδύνους και τα οφέλη της φαρμακολογικής θεραπείας με το γιατρό τους και αν θεωρηθεί ότι η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί κατά τη διάρκεια της κύησης, οι βασισμένες σε ενδείξεις πληροφορίες που παρέχονται εδώ μπορεί να είναι βοηθητικές για τη λήψη μιας τέτοιας σημαντικής απόφασης.

Νευροληπτικά

Τα συγκεκριμένα φάρμακα χορηγούνται σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως στη σχιζοφρένεια, στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση κ.λ.π. Και σ' αυτή την κατηγορία έχει γίνει τεράστια πρόοδος με αποτέλεσμα σήμερα να υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα που επικεντρώνονται στα συμπτώματα της ψυχώσεως, χωρίς όμως να επηρεάζουν τον υπόλοιπο οργανισμό. Εκτός από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ψυχώσεως είναι δυνατόν τα νευροληπτικά να βελτιώσουν τη συμπεριφορά του ασθενούς, σε βαθμό ώστε μερικές φορές να μη διαφέρει από ένα φυσιολογικό άτομο Τα νευροληπτικά επαναφέρουν τη λογική όπου αυτή διαταράσσεται (Jablensky et al., 2005)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: ΚΥΡΙΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ

Νευροληπτικά	Καταστολή	Εξωπυραμιδικές	Αντιχολινεργικές*
I. Φαινοθειαζίνες			
α) Αλειφατικές			
Λεβοπρομαζίνη	+++	+	+++
Προμαζίνη	++	+	++
Χλωροπρομαζίνη	++	++	++
β) Πιπεριδινικές			
Θειοριδαζίνη	++	+	++
γ) Πιπεραζινικές			
Θειοπροπεραζίνη	++	+++	+
Τριφθοριοπεραζίνη	+	+++	+
Φθοριοφαιναζίνη	+	+++	+
2. Βουτυροφαινόλες			
Αλοπεριδόλη	+	+++	+
Διφαιλυβουτυλπιπεριδίνες			
Πενφλουριδόλη	+	+++	+
Πιμοζιδή	+	+++	+
3. Θειοξανθένια			
Ζουκλοπενθιζόλη	+	+++	+
Κλοπενθιζόλη	++	+++	+
Φθοριοπενθιζόλη	+	+++	+
Χλωροπροθιξενίο	++	++	+
4. Βενζαμιδες			
Σουλπιριδή	+	++	+
5. Διβενζοαζεπίνες			
Κλοξαπίνη	++	+	+
Λοξαπίνη	+	++	+

* Αντίστοιχη είναι συνήθως και η επίδραση στο κυκλοφορικό σύστημα (ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία κλπ.)

Μελετώντας τα άτυπα ψυχωσικά φάρμακα μπορούμε να τονίσουμε ότι δεν υπάρχουν πολλές μελέτες σε ανθρώπους που να δικαιολογούν τη χρήση ή μη των φαρμάκων αυτών κατά τη διάρκεια της κύησης. Όσο αφορά στην ολανζαπίνη τελευταία έρευνα των Brunner et al., (2013) σε 610 εγκυμονούσες γυναίκες που έκαναν χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου δεν έδωσε διαφορετικά αποτελέσματα και αντενδείξεις σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Επομένως δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο χορήγησης του στη διάρκεια της κύησης αλλά ούτε και επιβεβαιώνεται αφού οι εκτιμήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα έχουν γίνει σε περιορισμένο αριθμό γυναικών. Οι Brunner et al απλά τονίζουν ότι η συγκεκριμένη ουσία μπορεί να δοθεί μόνο στην περίπτωση που δεν επιφέρει κάποιο κίνδυνο για το νεογνό. (Brunner et al., 2013).

Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι συχνά αιτία διακοπής του θηλασμού πριν καν την προσπάθεια εξεύρεσης λύση για το πρόβλημα που παρουσιάζεται και το πως θα μπορούσε να δοθεί λύση με διαφορετική φαρμακευτική αγωγή. Οι ουσίες που χορηγούνται συχνά μπορεί να αντικατασταθούν ελεγχόμενα με άλλες το ίδιο αποτελεσματικές και λιγότερο επιβλαβής για το μωρό ή το θηλασμό. Παράλληλα κάποια φάρμακα είναι ασφαλή για την χορήγηση μόνο για μικρό χρονικό διάστημα και όχι για χρόνια χρήση (Hale, 2007; Wilson, 2008)

Ποια αντιψυχωσικά -ηρεμιστικά -υπνωτικά φάρμακα είναι συμβατά με τον θηλασμό;

- Diazepam
- Lorazepam
- Midazolam
- Alprazolam
- Fluoxetine
- Paroxetine
- Sertraline

Η λίστα είναι αρκετά μεγάλη και αποτελεί αντικείμενο συνεχούς μελέτης και ανανεώσεων καθώς οι κατηγορίες αυτές μόλις τα τελευταία χρόνια διερευνώνται για την χρήση στον θηλασμό. Είναι σημαντικό λοιπόν εάν παίρνετε κάποιο φάρμακο ήδη από την κύηση από αυτή την κατηγορία να ενημερωθείτε άμεσα από εκπαιδευμένο σύμβουλο θηλασμού για το τι να περιμένετε από την χρήση του στον θηλασμό. Αρκετά από τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν σημαντικές παρενέργειες στο μωρό σας ανάλογα με την δόση, τον χρόνο χορήγησης κ.λ.π. όπως λήθαργο, στερητικό σύνδρομο, νευρική κατάσταση, διαταραχές ύπνου αλλά και άπνοια ή SIDS.

Παρακάτω φαίνονται κάποιες μελέτες συγκεντρωτικά που έχουν πραγματοποιηθεί αποδεικνύοντας τον τρόπο με τον οποίο τα διάφορα αντιψυχωτικά φάρμακα επηρεάζουν τις γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση κύησης.

Study and Sample Size	Drug, Daily Dose, and Timing of Exposure During Pregnancy	Major Malformations	Pregnancy and Neonatal Outcomes
Mendhekar et al ³¹ (<i>N</i> = 1)	ARI, 15 mg (wk 1–8) and 10 mg (wk 20 to delivery)	No	Neonatal tachycardia; no concomitant drug use
Mervak et al ³² (<i>N</i> = 1)	ARI, 20 mg (wk 8 to delivery)	No	Healthy
Mendhekar et al ³³ (<i>N</i> = 1)	ARI, 10 mg (wk 29–31) and 15 mg (wk 32–2 d before delivery)	No	Healthy; no concomitant drug use
Lieberman and Safferman ³⁴ (<i>N</i> = 14)	CLZ, dose and timing of exposure: N/A	No	Healthy
Bazire ³⁶ (<i>N</i> = 84)	CLZ, dose and timing of exposure: N/A	<i>N</i> = 8, further clinical details: N/A; concomitant drug use: N/A	Spontaneous abortions (<i>N</i> = 7); concomitant drug use: N/A
Dev and Knipp ³⁷ (<i>N</i> = 80)	CLZ, dose and timing of exposure: N/A	<i>N</i> = 5, further clinical details: N/A; in some instances, concomitant drug use	Spontaneous abortions (<i>N</i> = 8), perinatal complications (<i>N</i> = 5), further clinical details: N/A; in some instances, concomitant drug use
Vavrusova and Konikova ³⁸ (<i>N</i> = 1)	CLZ, 100 mg (throughout pregnancy)	Atrial septum defect; no concomitant drug use	N/A
Nguyen and Lalonde ³⁹ (<i>N</i> = 2–2 successive pregnancies)	CLZ, 350 mg (throughout pregnancy)	No	Gestational diabetes occurring during the first pregnancy; no concomitant drug use
Dickson and Hogg ⁴⁰ (<i>N</i> = 1)	CLZ, 150–250 mg (throughout pregnancy)	No	Gestational diabetes; no concomitant drug use
Waklman and Safferman ⁴¹ (<i>N</i> = 1)	CLZ, dose and timing of exposure: N/A	No	Gestational diabetes; no concomitant drug use
Mendhekar et al ⁴² (<i>N</i> = 1)	CLZ, 75 mg (throughout pregnancy)	No	Intrauterine death; no concomitant drug use
Rzewuska ⁴³ (<i>N</i> = 1)	CLZ, dose and timing of exposure: N/A	No	Infant's retinopathy; concomitant drug use: N/A
Reis and Källén ⁴⁴ (<i>N</i> = 18)	CLZ, dose: N/A (first trimester)	One case of ectopic anus; concomitant drug use: N/A	No cases of gestational diabetes, neonatal complications: N/A
Karakula et al ⁴⁵ (<i>N</i> = 1)	CLZ, 200 mg (throughout pregnancy)	Hernia of the white linea and left testicle atresia; no concomitant drug use	Gestational diabetes and neonatal hypoxic encephalopathy

Study and Sample Size	Drug, Daily Dose, and Timing of Exposure During Pregnancy	Major Malformations	Pregnancy and Neonatal Outcomes
Stoner et al ⁴⁶ (N = 2)	CLZ, 350 mg in the first case and 625 mg in the second case (throughout pregnancy)	No	Seizures and mild gastroesophageal reflux (N = 1); concomitant drug use; postpartum low-grade fever in the newborn (N = 1); no concomitant drug use
Di Michele et al ⁴⁷ (N = 1)	CLZ, 300 mg (throughout pregnancy)	No	Floppy infant syndrome; concomitant drug use
Yogev et al ⁴⁸ (N = 1)	CLZ, dose: N/A (throughout pregnancy)	No	Decreased fetal heart rate variability; no concomitant drug use
Barnas et al ³⁰ (N = 1)	CLZ, 100 mg (conception to wk 37) and 50 mg (last 4 wk)	No	No
Gupta and Grover ⁵¹ (N = 2)	CLZ, 100–200 mg (throughout pregnancy)	No	Pregnancy-induced hypertension (N = 1); no concomitant drug use
Tényi and Trixler ⁵² (N = 6)	CLZ, dose and timing of exposure: N/A	No	Healthy
Mendhekar ⁵³ (N = 1)	CLZ, 100 mg (throughout pregnancy)	No	Healthy
Duran et al ⁵⁴ (N = 3)	CLZ, 200 mg (throughout pregnancy)	No	Healthy
Biswas et al ⁵⁵ (N = 18)	OLA, dose: N/A (first trimester: N = 11, last semester: N = 3, N/A: N = 4)	Lumbar myelomeningocele in the aborted fetus; concomitant drug use: N/A	Spontaneous abortions (N = 2)
Goldstein et al ⁵⁷ (N = 34)	OLA, 5–25 mg (most cases during the first trimester or semester)	Dysplastic kidney (N = 1), Down syndrome (N = 1); no concomitant drug use	Gestational diabetes (N = 2), spontaneous abortions (N = 3), perinatal complications (N = 5), SIDS (N = 1); in some instances, concomitant drug use
Manufacturer information (N = 248)	OLA, dose and timing of exposure: N/A	Kidney malformation (N = 5), additional thumb digit (N = 2), bilateral talipes (N = 1), spontaneous abortion of severe deformed fetus (N = 1), pretragus fibrochondroma (N = 1), clubfoot (N = 1), anencephaly (N = 1), absent heart (N = 1), cleft palate (N = 1), ventricular septum defect (N = 1), albino infant (N = 1), esophageal atresia (N = 1), myelomeningocele plus hydrocephalus (N = 1), absent fingers (N = 1); in some instances, concomitant drug use	Spontaneous abortions (N = 24), perinatal complications (N = 49); in some instances, concomitant drug use

Study and Sample Size	Drug, Daily Dose, and Timing of Exposure During Pregnancy	Major Malformations	Pregnancy and Neonatal Outcomes
McKenna et al ³⁸ (N = 36)	QUE, dose: N/A (first trimester)	No	N/A
Newport et al ³⁷ (N = 6)	RIS, 3.0 ± 1.8 mg—mean, SD—(last 5 mo)	No	Healthy
McKenna et al ³⁸ (N = 49)	RIS, dose: N/A (first trimester)	No	No differences in the prevalence rate of poor pregnancy outcome and perinatal complications between the exposed group and a control group exposed to nonteratogens
MacKay et al ³⁸ (N = 7)	RIS, dose and timing of exposure: N/A	No	N/A
Ratnayake and Libretto ³⁹ (N = 2)	RIS, 4-6 mg (throughout pregnancy)	No	Healthy
Kato et al ⁴⁰ (N = 1)	RIS, low dose, unspecified, (wk 1-35) and 6 mg (last month)	No	Healthy
Physician's Desk Reference ³¹ (N = 1)	RIS, dose and timing of exposure: N/A	Agensis of corpus callosum; concomitant drug use	N/A
Grover and Avasthi ²⁴ (N = 1)	RIS, 4 mg (throughout pregnancy)	No	Oligohydramnios; no concomitant drug use
McCauley-Elson and Kulkarni ³⁵ (N = 1)	RIS, 4 mg (throughout pregnancy)	No	Small-for-date baby, hyperbilirubinemia, thermoregulation, and feeding problems; concomitant marijuana and nicotine use
Dabbert and Heinze ³² (N = 1)	RIS, 25 mg every fortnight, long-acting injectable formulation (wk 4-20)	No	Small-for-date baby; no concomitant drug use
Reis and Källén ⁴¹ (N = 51)	RIS, dose: N/A (first trimester)	Anal atresia plus lung malformation (N = 1); concomitant drug use: N/A	Gestational diabetes (N = 1); concomitant drug use: N/A; neonatal complications: N/A
Kim et al ³¹ (N = 1)	RIS; 25 mg every fortnight, long-acting injectable formulation (throughout pregnancy)	No	Healthy

Note: ARI: aripiprazole; CLZ: clozapine; N/A: data not available; OLA: olanzapine; QUE: quetiapine; RIS: risperidone; SIDS: sudden infant death syndrome.

Μπορούμε να πούμε ότι οι έγκυες που παίρνουν άτυπα αντιψυχωσικά όπως κλοζαπίνη, ολανζαπίνη ή ρισπεριδόνη, δεν φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο γέννησης παιδιού με γεννητική ανωμαλία, σύμφωνα με καναδική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Clinical Psychiatry*. Οι Einarson et al (2009) εξέτασαν τα αποτελέσματα κύησης 151 γυναικών που έπαιρναν άτυπα αντιψυχωσικά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Συνολικά 60 γυναίκες είχαν εκτεθεί στην ολανζαπίνη, 49 στη ρισπεριδόνη, 36 στην κουετιαπίνη και έξι στην κλοζαπίνη. Τα αποτελέσματα σε αυτές τις γυναίκες συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα σε μια ομάδα εγκύων που δεν είχαν εκτεθεί στα συγκεκριμένα φάρμακα.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, η συχνότητα μειζόνων δυσπλασιών, αποβολής και θνησιγένειας ήταν όμοια μεταξύ της ομάδας των άτυπων αντιψυχωσικών και της ομάδας ελέγχου. Μεταξύ της ομάδας των άτυπων αντιψυχωσικών, καταγράφηκαν 110 γεννήσεις (ποσοστό 72,8%), 22 αυθόρμητες αποβολές (14,5% έναντι 8,6% στην ομάδα ελέγχου), 15 αποβολές (9,9% έναντι 1,3%) και 4 θνησιγένειες (2,6%). Μια μείζονα δυσπλασία παρατηρήθηκε στην ομάδα των άτυπων αντιψυχωσικών συγκριτικά με δύο που σημειώθηκαν στην ομάδα ελέγχου.

Γενικά, το μέσο βάρος γέννησης μεταξύ των βρεφών των γυναικών που είχαν εκτεθεί στα άτυπα αντιψυχωσικά δεν διέφερε από αυτό των βρεφών της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο, το 10% των βρεφών των εγκύων που έπαιρναν άτυπα αντιψυχωσικά είχε χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, συγκριτικά με το 2% των βρεφών της ομάδας ελέγχου. (Einarson et al., 2009)

Table 1. Impact of Psychiatric Illness on Pregnancy Outcome

Illness	Teratogenic Effects	Impact on Outcome		Treatment Options
		Obstetric	Neonatal	
Anxiety disorders	N/A	Increased incidence of forceps deliveries, prolonged labor, precipitate labor, fetal distress, preterm delivery, and spontaneous abortion	Decreased developmental scores and inadaptability; slowed mental development at 2 years of age	Benzodiazepines Antidepressants Psychotherapy
Major depression	N/A	Increased incidence of low birth weight, decreased fetal growth, and postnatal complications	Increased newborn cortisol and catecholamine levels, infant crying, rates of admission to neonatal intensive care units	Antidepressants Psychotherapy ECT
Bipolar disorder	N/A	See major depression	See major depression	Lithium Anticonvulsants Antipsychotics ECT
Schizophrenia	Congenital malformations, especially of cardiovascular system	Increased incidence of preterm delivery, low birth weight, small for gestational age, placental abnormalities, and antenatal hemorrhage	Increased rates of postnatal death	Antipsychotics

Abbreviations: ECT, electroconvulsive therapy; N/A, not available (eg, no studies identified)

Συνήθως τα αντιψυχωτικά δεν διακόπτονται, ενώ το λίθιο μπορεί να διακοπεί βαθμιαία ή να αντικατασταθεί από ένα αντιψυχωτικό. Στην περίπτωση που η γυναίκα παίρνει λίθιο πρέπει να πίνει πολύ νερό και να ελέγχεται το ποσοστό του στο αίμα, κάθε 3 εβδομάδες στην αρχή, κάθε εβδομάδα στην 36^η εβδομάδα κύησης και κάθε ώρα κατά τη διάρκεια της γέννας. Οι Viguera et al, (2007) σε δείγμα 89 γυναικών με διπολική διαταραχή ασυμπτωματική, έδειξε ότι οι 62 γυναίκες διέκοψαν τη θεραπεία μεταξύ 6 μηνών πριν και 12 εβδομάδων μετά τη σύλληψη και καταγράφηκαν 89 υποτροπές μεταξύ 63 ασθενών, ενώ τουλάχιστον ένα επεισόδιο συνέβη στο 85% των γυναικών που διέκοψαν τη θεραπεία έναντι του 37% που συνέχισαν την αγωγή τους. Μεταξύ των γυναικών που διέκοψαν τη θεραπεία και αυτών που τη συνέχισαν ο κίνδυνος υποτροπής ήταν διπλάσιος, ο μέσος χρόνος για την πρώτη υποτροπή πιο συχνός και η αναλογία της χρονικής διάρκειας της νόσησης κατά την κύηση 5 φορές μεγαλύτερη.

Έρευνα του New Northwestern μελέτησε το πώς οι φυσιολογικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της κύησης μειώνουν τα αποτελέσματα ενός κοινώς χρησιμοποιούμενου φαρμάκου που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, κάνοντας τις γυναίκες πιο ευαίσθητες στα επαναλαμβανόμενα επεισόδια. Όταν μια γυναίκα με διπολική διαταραχή μένει έγκυος, αυτή και ο ειδικός της συνήθως δεν αντιλαμβάνονται ότι οι φαρμακευτικές της ανάγκες πρέπει να προσαρμοστούν για να εμποδίσουν τα συμπτώματα στην επανεμφάνιση τους. Υπάρχουν επίσης λίγες πληροφορίες και ερευνητική προσπάθεια για να καθοδηγήσουν τη δοσολογία στον ψυχιατρικό χώρο κατά τη διάρκεια της κύησης. Περίπου 4.4 εκατομμύρια στην Αμερική έχουν διπολική διαταραχή με τις γυναίκες σε ηλικία κύησης να είναι το υψηλότερο ποσοστό (Meiser et al., 2008).

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων, γνωστών και ως "φάρμακα σταθεροποιητικά της διάθεσης", που ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής και μπορεί να χρησιμοποιηθούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Στην περίπτωση που θεωρηθεί αναγκαίο, επιπλέον φάρμακα προστίθενται για τυπικά μικρότερες χρονικές περιόδους, προκειμένου να ελέγξουν μια πιθανή έξαρση της νόσου παρά τη χρήση των "σταθεροποιητικών της διάθεσης" (Yonkers et al., 2004).

Ο πίνακας που ακολουθεί αναφέρει συνοπτικά τα φάρμακα που χορηγούνται και τις παρενέργειες τους:

Βαλπροϊκό: προκαλεί διαταραχές στο νευρικό σωλήνα(3-5%), ανωμαλίες στα αυτιά, επίπεδη γέφυρα της μύτης και υποπλασία δακτύλων.
Καρβαμαζεπίνη: μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στο βρέφος
Βενζοδιαζεπίνες, ως μακροχρόνια θεραπεία: μελέτες σε πειραματόζωα δεν έχουν δείξει τερατογενετικές ή εμβρυοτοξικές επιδράσεις. Επιδρά στο έμβρυο προκαλώντας υποθερμία, υποτονία και μέτρια αναπνευστική καταστολή πρέπει να αναμένονται. Νεογνά

που προέρχονται από μητέρες που λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες χρονίως, κατά τη διάρκεια των τελευταίων σταδίων της εγκυμοσύνης μπορεί να αναπτύξουν σωματική εξάρτηση και διατρέχουν τον κίνδυνο να εκδηλώσουν συμπτώματα στέρησης αμέσως μετά τη γέννα.

Λαμοτριγίνη: η χρήση αυτού του φαρμάκου κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο για σχιστίες. Σε δείγμα 564 γυναικών που έπαιρναν λαμοτριγίνη ως μονοθεραπεία κατά τη διάρκεια της κύησης 5 παιδιά γεννήθηκαν με λυκόστομα, Σύμφωνα με το American Journal of Psychiatry, γυναίκες με διπολική διαταραχή που διακόπτουν τη θεραπεία τους με σταθεροποιητές της διάθεσης κατά τη διάρκεια της κύησης, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπών.

Η καρβαμαζεπίνη (π.χ. Tegretol) και το βαλπροϊκό νάτριο (π.χ. Depakine), έχουν επίσης και σταθεροποιητικές ιδιότητες και μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα σε δύσκολα αντιμετωπίσιμα διπολικά επεισόδια. Η χρήση τους σε συνδυασμό με το λίθιο ενισχύει τα αντιμανιακά του αποτελέσματα.

Επίσης, οι γυναίκες με διπολική διαταραχή, οι οποίες επιθυμούν να συλλάβουν, οφείλουν να συμβουλευθούν τον γιατρό τους σχετικά με τους κινδύνους που μπορεί να ενέχει, σε αυτή την περίπτωση, η φαρμακευτική αγωγή. Η μελέτη νέων, ασφαλέστερων φαρμάκων, που θα μπορούν να χορηγηθούν κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, αποτελεί έχει μεγάλο ενδιαφέρον τον τελευταίο καιρό. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κρίνεται, επίσης, απαραίτητη σε οξεία καταθλιπτικά επεισόδια. Ωστόσο, σχετικές μελέτες στο χώρο έχουν δείξει, ότι άτομα με διπολική διαταραχή που βρίσκονται σε αντικαταθλιπτική αγωγή αντιμετωπίζουν διαρκώς τον κίνδυνο εκδήλωσης μανιακού επεισοδίου ή ταχείας εναλλαγής φάσεων. Για το λόγο αυτό, η χορήγηση "σταθεροποιητών της διάθεσης" είναι αναγκαία είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά (Meiser et al., 2008; Yonkers et al., 2004).

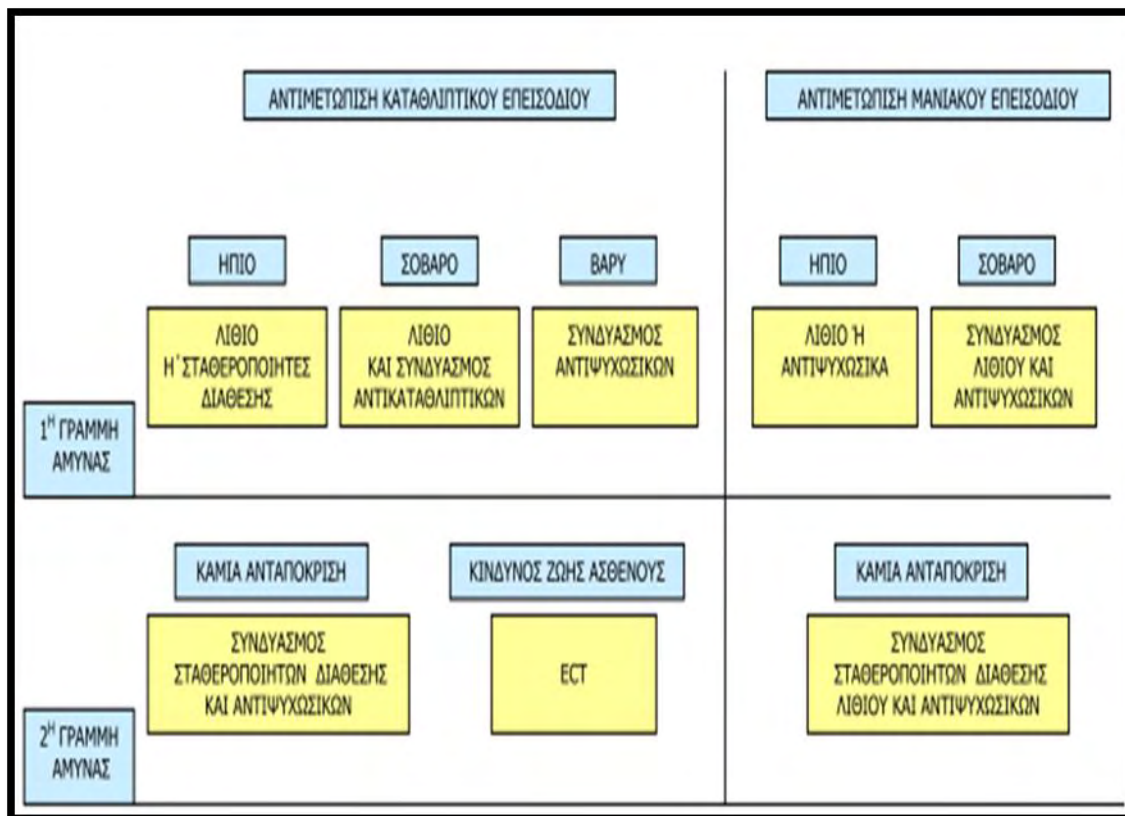
Σε οξεία μανιακά επεισόδια, όπου η ταχεία θεραπεία κρίνεται αναγκαία, ή σε περιπτώσεις που το άτομο με διπολική διαταραχή δεν ανταποκρίνεται σε αγωγή με λίθιο, χορηγούνται αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως η αλοπεριδόλη (Aloperidine), η ρισπεριδόνη (Risperdal) και η ολανζαπίνη

(Zyprexa). Σε περίπτωση που παρατηρείται αϋπνία, δηλαδή το άγχος του ατόμου δε μειώνεται, είναι δυνατό να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες (π.χ. Tavor, Stedon).

Για να γίνει πιο κατανοητή η επίδραση των φαρμάκων στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής χρειάζεται να διευκρινίσουμε την αιτιοπαθογένειά της. Αυτή λοιπόν οφείλεται στην ιδιαίτερη έλλειψη ισορροπίας νευροδιαβιβαστών. Αυτή η έλλειψη ισορροπίας μπορεί να οφείλεται στο ένζυμο ινοσιτολμονοφωσφατάση (συντετμημένο IMPάση). Η IMPάση μετατρέπει τη μονοφωσφορική ινοσιτόλη (κυκλική πολυαλκοόλη), σε ελεύθερη ινοσιτόλη, μια διαδικασία που απαιτεί τη συμμετοχή δύο ιόντων μαγνησίου. Φαίνεται ότι δύο ιόντα λιθίου αντικαθιστούν εύκολα το ένα από τα δύο ιόντα μαγνησίου στην ενζυμική πορεία, γεγονός που επιβραδύνει τη διαδικασία. Αυτή ακριβώς η επιβράδυνση μετριάξει τις ταλαντεύσεις στη ψυχική διάθεση.

Κάτι τέτοιο θεωρείται προτιμότερη λύση σε σχέση με τη χρήση συνδυασμού φαρμάκων που είτε καταστέλλουν τη μανιακή φάση, είτε εξουδετερώνουν τα καταθλιπτικά επεισόδια. Παρ' όλα αυτά, η θεραπεία με λίθιο, προκαλεί παρενέργειες, όπως έντονη αίσθηση δίψας, προβλήματα μνήμης και τρέμουλο στα χέρια. Επιπλέον, η λεγόμενη καμπύλη του κανόνα του Bertrand είναι πολύ στενή που σημαίνει ότι υπάρχει μόνο μια πολύ μικρή περιοχή μεταξύ θεραπευτικής και τοξικής δόσης. Αυτό αποδεικνύει ότι μια μικρή δόση μπορεί να είναι αναποτελεσματική, ενώ μια υπερβολική δόση μπορεί να είναι θανατηφόρα. Παρά τα προβλήματά της, η θεραπεία με λίθιο, ως αποτέλεσμα της διαγώνιας σχέσης του με το μαγνήσιο, έχει αποκαταστήσει την υγεία ενός τεράστιου αριθμού ατόμων σε όλο τον πλανήτη.

Επίσης, η δραστηριότητα και η ισχύς ενός φαρμάκου είναι δύο έννοιες που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Με τον όρο δραστηριότητα εννοούμε το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα που μπορεί να επιτευχθεί από ένα φάρμακο ενώ με τον όρο ισχύς εννοούμε εκείνη την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να επιτευχθεί αυτό το μέγιστο αποτέλεσμα. Η φαρμακολογική θεραπεία της διπολικής διαταραχής, σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2002), ακολουθεί μια συγκεκριμένη «πορεία» όπως φαίνεται και παρακάτω



Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικυκλικών είναι η ζαλάδα, η υπνηλία, η θαμπή όραση, η ταχυκαρδία και γενικότερα καρδιακές αρρυθμίες, η ξηροστομία, η διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, η κινητική ανησυχία, η δυσαρθρία, ο πυρετός, η κατακράτηση ούρων, οι σπασμοί, η υπόταση, και η υπερβολική εφίδρωση. Η φλουοξετίνη, ωστόσο, συνήθως προκαλεί μόνο ναυτία και κεφαλαλγία. Όσο πιο ήπιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες, τόσο μεγαλύτερη δόση του φαρμάκου μπορεί να πάρει ένα άτομο και επομένως μπορεί να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Η χρήση της φλουοξετίνης είναι αμφιλεγόμενη, εξαιτίας των αναφορών ότι περιστασιακά προκαλεί σκέψεις αυτοκτονίας. Αυτή η δράση της είναι σπάνια, αν και είναι πολύ σοβαρή όταν προκληθεί.

Λίθιο

Για την φαρμακευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής αναφέρονται: Το λίθιο (Milithin, Lithiofor) ήταν το πρώτο σταθεροποιητικό της διάθεσης σκεύασμα που κυκλοφόρησε και θεωρείται αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της μανίας, καθώς και στην πρόληψη τόσο των

μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων. Το λίθιο, μαζί με την καρβαμαζεπίνη και τη λαμοτριγίνη αποτελούν τα φαρμάκα εκείνα που τα χαρακτηρίζουμε ως σταθεροποιητές διάθεσης (mood stabilizers). Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι «δρουν από πάνω» δηλαδή επαναφέρουν τη διάθεση στα φυσιολογικά της επίπεδα όταν αυτή έχει εξάρσεις, όπως συμβαίνει στα μανιακά επεισόδια. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι η χρήση τους γίνεται για την αντιμετώπιση της μανίας.

Η θεραπευτική αξία του λιθίου ανακαλύφθηκε το 1949 από τον Cade, που παρατήρησε την κατευναστική επίδρασή του σε ζωικούς οργανισμούς. Στη συνέχεια ο ερευνητής αυτός δοκίμασε το λίθιο σε ασθενείς με διεγερτικές ψυχώσεις και βρήκε ότι και τα 10 άτομα με μανία που τους χορηγήθηκε λίθιο παρουσίασαν βελτίωση. Η δοσολογία του λιθίου είναι 300 mg x 3/ημέρα (αλλά σε ηλικιωμένους και νεφροπαθείς χορηγείται μικρότερη δόση 150-300 mg x 2/ημέρα) ενώ συνίσταται η γενική εξέταση αίματος και η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση του ασθενούς ακόμα και στην περίπτωση που αυτός έχει σταθεροποιηθεί. (Stewart et al., 1991)

Το λίθιο κυκλοφορεί σε ολόκληρη την ποσότητα του σωματικού ύδατος αν και οι συγκεντρώσεις του στους νευρώνες μπορεί να είναι κάπως μικρότερες από εκείνες που προσδιορίζονται στον ορό. Η διείσδυσή του στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό καθυστερεί αλλά μέσα σε 24 ώρες η εξισορρόπηση των συγκεντρώσεων στο αίμα και στον εγκέφαλο είναι πλήρης. Η απέκκριση του λιθίου από τον οργανισμό είναι κυρίως νεφρική και παρουσιάζει τις μέγιστες τιμές της κατά τις πρώτες λίγες ώρες μετά την επίτευξη των μέγιστων συγκεντρώσεών του στον ορό και μετά συνεχίζεται με αργό ρυθμό για μερικές ημέρες. Στους ενήλικους ο χρόνος ημίσειας ζωής για την εξαφάνισή του είναι περίπου 24 ± 8 ώρες. Η θεραπεία με λίθιο πρέπει να παρακολουθείται με μετρήσεις των συγκεντρώσεών του στον ορό. Τόσο οι θεραπευτικές όσο και οι τοξικές του επιδράσεις σχετίζονται άμεσα με τη συγκέντρωσή του στον ορό παρά με την χορήγηση από το στόμα. Οι συγκεντρώσεις προσδιορίζονται με μεθόδους φλογοφωτομέτρησης ή ατομικής απορρόφησης, ίδιες με εκείνες που χρησιμοποιούνται για την αντίστοιχη μέτρηση του νατρίου και του καλίου.

Σκευάσματα λιθίου (Εμπορική ονομασία και μορφή) [B29]	
<i>*σκευάσματα στη χώρα μας</i>	
Εμπορική Ονομασία	Μορφή
Cibalith	Σιρόπι κιτρικού λιθίου
Lithobid	Ανθρακικό λίθιο βραδείας απελευθέρωσης
Eskalith	Ανθρακικό λίθιο
Eskalith CR	Ανθρακικό λίθιο βραδείας απελευθέρωσης
Lithium carbonate	Ανθρακικό λίθιο
Lithonate	Ανθρακικό λίθιο
Lithotabs	Ανθρακικό λίθιο
Milithin*	Ανθρακικό λίθιο
Lithiofor*	Λίθιο θειικό retard

Οι παρενέργειες του λιθίου μπορεί να είναι λήθαργος, αίσθημα κόπωσης και καταβολή δυνάμεων, αίσθημα του τρόμου, ναυτία, διάρροια, κοιλιακός πόνος, νεφρικά προβλήματα, οίδημα των κάτω άκρων ή του προσώπου, ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αλλοιώσεις, διαταραχή μνήμης, βραδύτητα σκέψης, δερματολογικές αντιδράσεις, αύξηση σωματικού βάρους και τοξικότητα σε περιπτώσεις μεγάλης συγκέντρωσής του, γεγονός που καθιστά επίσης αναγκαία τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς. Για την πρόβλεψη των ατομικών δοσολογικών απαιτήσεων χρησιμοποιείται το νομόγραμμα του παρακάτω πίνακα στο οποίο ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης του λιθίου στο αίμα έγινε μετά από 24 ώρες αφού χορηγήθηκαν 600mg σε υγιείς ενήλικους (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το νομόγραμμα είναι δεσμευτικό και δεν απαιτείται η συμμόρφωση με τα κατά καιρούς αποτελέσματα των κλινικών εξετάσεων του ασθενούς).

Πρόβλεψη απαιτούμενης δοσολογίας λιθίου

Συγκέντρωση (mEq/L)	
Προβλεπόμενη ημερήσια δόση (mg)	
<0.05	3600
0.05-0.09	2700
0.10-0.14	1800
0.15-0.19	1200
0.20-0.23	900
0.24-0.30	600
>0.30	Αυξημένη προσοχή

Το λίθιο είναι αποτελεσματικό στα 70-80%, περίπου, των επεισοδίων μανίας. Για την έναρξη της βελτίωσης απαιτείται διάστημα τουλάχιστον 10-14 ημερών και για την πλήρη βελτίωση είναι δυνατό να απαιτηθούν 4 εβδομάδες ή και περισσότερο. Όταν τα μανιακά συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά, ώστε να επιβάλλουν τον άμεσο έλεγχο της παθολογικής συμπεριφοράς, το λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του. Σε περίπτωση, όμως, βαριάς μορφής μανίας, η βραδεία εμφάνιση θεραπευτικής απάντησης δημιουργεί πρακτικό πρόβλημα και, γι' αυτό το λόγο, στην αρχή της θεραπείας της οξείας μανίας το λίθιο χορηγείται συνδυαστικά με ένα αντιψυχωσικό φάρμακο με το μέγιστο της δόσης. Η δράση του λιθίου έγκειται στην παραγωγή και διάσπαση της διφωσφορικής φωσφατιδυλινοσιτόλης (PIP₂), ενός φωσφορολιποειδούς της κυτταρικής μεμβράνης. Το λίθιο αποκλείει την ικανότητα των νευρώνων να αποκαθιστούν τις φυσιολογικές συγκεντρώσεις της PIP₂ μετά την υδρόλυσή της, που επέρχεται κατά τη σύνδεση του νευροδιαβιβαστή. Αυτός ο αποκλεισμός πραγματοποιείται από ανασταλτικά ένζυμα που αφαιρούν φωσφορικές ομάδες από φωσφορικές ενώσεις της ινοσιτόλης.

Σε αντίθεση με άλλα όργανα, ο εγκέφαλος πρέπει να ανασυνθέτει ο ίδιος την ελεύθερη ινοσιτόλη του, για το λόγο του ότι δεν είναι δυνατόν να περάσει από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Το λίθιο μεταβάλλει τη νευρομεταβίβαση με αυτήν την ενεργοποίηση, και ταυτόχρονα ασκεί μεγάλη δράση στον νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη που αποτελεί την κύρια αιτία για την έμμεση συμμετοχή στην παθογένεση των συναισθηματικών διαταραχών. Το λίθιο αυξάνει την

πρόσληψη τρυπτοφάνης η οποία αποτελεί πρόδρομη ουσία της σεροτονίνης με αποτέλεσμα να περιορίζει την απελευθέρωσή της.

Επειδή οι περισσότεροι ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν υποτροπές, για να πετύχει η θεραπεία απαιτείται παρατήρηση της πορείας του ασθενούς σε μακροπρόθεσμη βάση. Μερικές καλά οργανωμένες μελέτες και η μακροχρόνια κλινική πείρα έχουν αποδείξει ότι το λίθιο μειώνει αποτελεσματικά τη συχνότητα ή / και τη βαρύτητα των υποτροπών της μανίας στο 70-80% των περιπτώσεων διπολικής νόσου. Πρέπει να επισημάνουμε στο σημείο αυτό τη σημασία του λιθίου για την ασθένεια της διπολικής διαταραχής αφού δημιουργεί μια δικλείδα ασφαλείας για τον ασθενή. Εκτός λοιπόν από το πλαίσιο της μανίας, στο οποίο ενδείκνυται η δράση του, το εντοπίζουμε και στο πλαίσιο της κατάθλιψης με ρόλο προστατευτικό και όχι ως υποκατάστατο των αντικαταθλιπτικών.

Έτσι, αν το επεισόδιο που αντιμετωπίστηκε πρόσφατα ήταν μανιακό, η προφύλαξη μόνο με λίθιο είναι η κατάλληλη αγωγή εκτός από τις ανθεκτικές περιπτώσεις, στις οποίες μπορούν επίσης να χορηγηθούν καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό οξύ. Αν μια κρίση που διαγνώστηκε ήταν καταθλιπτική, ο ειδικός θα πρέπει να επιλέξει μεταξύ μόνο λιθίου ή συνδυασμού λιθίου και αντικαταθλιπτικού ανάλογα με την έκταση του επεισοδίου και του κατά πόσο έχει προχωρήσει η θεραπεία της κατάθλιψης. Στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής ταχείας εναλλαγής έχουμε ελάχιστη αντίδραση στη θεραπεία με λίθιο. Εντούτοις, η δοκιμαστική θεραπεία με λίθιο δεν πρέπει να διακόπτεται πολύ πρόωμα, διότι σε μερικές περιπτώσεις νόσου ταχείας εναλλαγής φάσεων η βελτίωση αρχίζει μόνο μετά από ένα έτος θεραπείας, ιδιαίτερα αν μπορούν να αποφευχθούν τα αντικαταθλιπτικά. Οι Cohen et al., (1995) στη μελέτη που πραγματοποίησαν έδειξαν ότι τα νεογνά που προήλθαν είτε από μητέρες στις οποίες είχε χορηγηθεί το λίθιο στα πρώτα στάδια της κύησης είτε πολύ αργότερα δεν παρουσίαζαν κάποια ένδειξη νευροτοξικότητας.

Λαμοτριγίνη

Η θεραπεία με λαμοτριγίνη έχει κάνει την εμφάνισή της ως πιθανή εναλλακτική λύση αντί του λιθίου και της κουετιαπίνης στη θεραπεία της οξείας διπολικής κατάθλιψης σε ασθενείς μη υποβαλλόμενους σε παρούσα θεραπεία με σταθεροποιητικά της διάθεσης. Η λαμοτριγίνη, έχει αποδειχθεί ότι έχει πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης, (Ketter et al 2003; Hahn et al 2004) οι οποίοι περιλαμβάνουν τον επιλεκτικό αποκλεισμό των N και P-διαύλους ασβεστίου σε εστιακές περιοχές του εγκεφάλου,. Έχει επίσης δειχθεί ότι αναστέλλει την απελευθέρωση διεγερτικών αμινοξέων όπως του γλουταμικού και του ασπαρτικού, και μπορεί να ανταγωνίζεται το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) (Ketter et al 2003; Hahn et al 2004). Καταστέλλει επιλεκτικά νευρωνικές δραστηριότητες χωρίς να επηρεάζεται η βασική νευροφυσιολογική κατάσταση, η οποία έχει σαφείς επιπτώσεις στην νευρωνική σταθεροποίηση των ψυχωσικών διαταραχών , αλλά μπορεί επίσης να είναι μια πιθανή εξήγηση της δράσης της στη διπολική διαταραχή, αν και η παθοφυσιολογία αυτής της κατάστασης είναι λιγότερο σαφής (Hahn et al 2004). Η Λαμοτριγίνη δρα στην επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, η οποία μπορεί να συμβάλει σε αντικαταθλιπτικές επιδράσεις (Hahn et al 2004; Bourin et al 2005). Υπάρχουν ενδείξεις περιφερικής δυσρύθμισης γλουταμικού στη διπολική διαταραχή (Berk et al 2000), και η γλουταμινεργική δραστηριότητα της λαμοτριγίνης μπορεί επίσης να εμπλέκεται σε θεραπευτικές και νευροπροστατευτικές επιδράσεις του.

Οι ενδείξεις, ωστόσο, φαίνεται ότι είναι μικτές. Μελέτες δείχνουν ότι η συγκέντρωση στο αίμα του κοινώς χρησιμοποιούμενου φαρμάκου λαμοτριγίνη μειώνεται στις εγκύους. Περίπου μισές από τις γυναίκες στη μελέτη είχαν χειροτέρευση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους καθώς τα επίπεδα λαμοτριγίνης στο αίμα τους έπεσαν. Τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα έπεσαν επειδή οι γυναίκες έχουν αυξημένο μεταβολισμό κατά την κύηση (Berk et al 2000),

Το θετικό είναι ότι μια διπλή-τυφλή (double-blind), ελεγχόμενη με placebo μελέτη της λαμοτριγίνης (50 mg την ημέρα, 200 mg την ημέρα ή placebo) στη διπολική I διαταραχή (n = 195) διαπίστωσε ευνοϊκά αποτελέσματα . Στη δόση των 50 mg, υπήρχε κάποια βελτίωση στη MADRS, στην κλίμακα Clinical Global Impressions-Severity (CGI-S [Κλινικές Σφαιρικές Εντυπώσεις-Βαρύτητα]) και CGI-Improvement (CGI-I [CGI-Βελτίωση]), αλλά η βελτίωση ήταν μη σημαντική στην αποτελούμενη από 17 λήμματα Ham-D. Στη δόση των 200 mg, τα αποτελέσματα ήταν καλύτερα: το 51% των ασθενών εμφάνισαν βελτίωση στη CGI-I έναντι 41% με 50 mg και 26% με placebo. Μια μικρή, ελεγχόμενη με placebo, διασταυρούμενη (crossover) μελέτη ασθενών με ανθεκτική (κυρίως με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων) διπολική κατάθλιψη διαπίστωσε επίσης παρόμοιο ποσοστό απάντησης στην κλίμακα CGI-I.

Τα αποτελέσματα από ελεγχόμενες και μη μελέτες έχουν επίσης υποστηρίξει τη χρήση της λαμοτριγίνης για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με διπολική κατάθλιψη (Ansari et al., 2010). Αυτά τα σχετικά θετικά ευρήματα σχετικά με τη λαμοτριγίνη αντικρούει, ωστόσο, μια πρόσφατα δημοσιευμένη αναφορά τεσσάρων μεγάλων, υποστηριζόμενων από βιομηχανία, διπλών-τυφλών, ελεγχόμενων με placebo κλινικών μελετών της θεραπείας με λαμοτριγίνη σε ασθενείς με οξεία διπολική I και II κατάθλιψη. Καμία από τις μελέτες αυτές δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της λαμοτριγίνης και του placebo στις κύριες μετρήσεις αποτελεσματικότητας.

Μια μετα-ανάλυση αυτών των τεσσάρων αρνητικών ή αποτυχημένων μελετών συν την πρώτη θετική μελέτη που προαναφέραμε διαπίστωσε συνολικό μέτριο όφελος της λαμοτριγίνης έναντι του placebo. Υψηλό ποσοστό απάντησης στο placebo διαπιστώθηκε στους μετρίως νοσούντες ασθενείς και δεν υπήρχε διαχωρισμός της λαμοτριγίνης από το placebo στην ομάδα αυτή. Σε μερικούς σοβαρότερα νοσούντες ασθενείς όμως – που είχαν βαθμολόγηση > 24 στην αποτελούμενη από 17 λήμματα HAM-D – η λαμοτριγίνη διαπιστώθηκε ότι ήταν ανώτερη από το placebo, με αριθμό απαιτούμενο προς θεραπεία 6,5. Τα ποσοστά απάντησης για τη λαμοτριγίνη ήταν στην πραγματικότητα τα ίδια στις ομάδες των μετρίως και σοβαρά νοσούντων ασθενών (~ 45%), αλλά το ποσοστό απάντησης στο placebo ήταν πολύ υψηλότερο στην ομάδα των μετρίως νοσούντων από ό,τι στην άλλη. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι ζητήματα σχετικά με τη δειγματοληψία μάλλον παρά η αποτελεσματικότητα της λαμοτριγίνης μείωσαν το μέγεθος της επίδρασης στον πληθυσμό των μετρίως νοσούντων. Η λαμοτριγίνη είχε εξίσου καλή αποτελεσματικότητα στις διπολικές I και II υποκατηγορίες τόσο σε μη όσο και σε εγκυμονούσες γυναίκες (Calabrese et al., 2009).

Η αποτελεσματικότητα της λαμοτριγίνης ως θεραπείας συντήρησης στην καθυστέρηση της επανεμφάνισης των επεισοδίων της διάθεσης, και ιδιαίτερα της κατάθλιψης, είναι αρκετά ισχυρή. Δυο μεγάλες, διάρκειας 18 μηνών μελέτες έδειξαν αποτελεσματικότητα, γεγονός που επέτρεψε στη λαμοτριγίνη να λάβει την έγκριση της FDA για χρήση ως θεραπεία συντήρησης. Μια από τις μελέτες αυτές συνέκρινε το λίθιο και τη λαμοτριγίνη ως συντήρηση κατά των υποτροπών της κατάθλιψης. Η σύγκριση ήταν υπέρ της λαμοτριγίνης. Τα αποτελέσματα είναι δυνατό να επηρεάστηκαν από το δείγμα, το οποίο ήταν εμπλουτισμένο με ασθενείς των οποίων η κατάθλιψη είχε ανταποκριθεί άμεσα στη λαμοτριγίνη πριν εγγραφούν στη μελέτη. Κατόπιν καθορίστηκε να συνεχίσουν τη λαμοτριγίνη πριν αλλάξουν σε λίθιο. Οι Vajda et al., (2010) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η λαμοτριγίνη ως μονοθεραπεία είναι πολύ πιο ασφαλής από το βαλπροϊκό τόσο για τη μητέρα όσο και για το ίδιο το έμβρυο.

Παρά τις παλαιότερες ανησυχίες ότι η λαμοτριγίνη, ως φάρμακο με πιθανή αντικαταθλιπτική δράση, είναι δυνατό να προκαλεί μεταβολές σε μανία οι μεταγενέστερες μελέτες δεν έχουν δείξει σημαντική τάση για αποσταθεροποίηση της διάθεσης. Η επίπτωση του σοβαρού εξανθήματος μπορεί

να είναι επίσης μικρότερη από εκείνη που είχε παρατηρηθεί παλαιότερα. Το ποσοστό φαίνεται τώρα ότι είναι 0,1% ή λιγότερο. Η λαμοτριγίνη δεν προκαλεί άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες συνήθως συνδεδεμένες με τα χρησιμοποιούμενα για τη διπολική διαταραχή εναλλακτικά φάρμακα. Σε αντίθεση με το λίθιο, την κουετιαπίνη και το βαλπροϊκό, δεν συνδέεται με αύξηση βάρους και μπορεί μάλιστα να προκαλεί και μείωση βάρους. Είναι επίσης λιγότερο πιθανό να προκαλεί ανεπιθύμητες νευρονοητικές (neurocognitive) ανεπιθύμητες ενέργειες και καταστολή

Μια άλλη μελέτη, που συνέκρινε τον OFC με τη λαμοτριγίνη (χωρίς σκέλος placebo), έδειξε παρόμοια ποσοστά απάντησης και ύφεσης στις δυο ομάδες και η θεραπεία με OFC κατέληξε σε ταχύτερη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η λαμοτριγίνη ήταν πολύ καλύτερα ανεκτή συνολικά, ωστόσο, και η θεραπεία με OFC συνδεόταν με πολύ μεγαλύτερες αυξήσεις των μεταβολικών παραμέτρων που μετρήθηκαν.

Η λαμοτριγίνη δεν έχει επιδείξει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της μανίας, γεγονός που την απομακρύνει από τον ορισμό «δυο-δυο» των σταθεροποιητικών της διάθεσης και την καθιστά λιγότερο επιθυμητή από ό,τι το λίθιο ή η κουετιαπίνη για την οξεία διπολική κατάθλιψη σε ασθενείς μη υποβαλλόμενους σε παρούσα θεραπεία με σταθεροποιητικά της διάθεσης. Επίσης δεν έχει κανένα εμφανές όφελος για τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή τις αυτοκτονικές συμπεριφορές. Μάλιστα, όπως όλα τα αντισπασμικά, συνοδεύεται από νέες ειδικές προφυλάξεις σχετικά με πιθανό αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας.

Ολανζαπίνη

Μια άλλη εγκεκριμένη από την FDA θεραπεία για την οξεία διπολική κατάθλιψη είναι ο συνδυασμός ολανζαπίνης-φλουοξετίνης (olanzapine-fluoxetine combination, OFC). Μια μεγάλη ελεγχόμενη με placebo, με 788 δείγματα, συνέκρινε placebo, την ολανζαπίνη και τον OFC σε ασθενείς με διπολική I κατάθλιψη απέδειξε σημαντική μείωση των βαθμολογήσεων MADRS στην ομάδα του OFC. Η μονοθεραπεία με ολανζαπίνη έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, αλλά το μέγεθος της επίδρασης θεωρήθηκε κλινικά ασήμαντο. Παρότι παρατηρήθηκαν αξιολογες βελτιώσεις της όρεξης και του ύπνου, η επίδραση στα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν μικρή. Οι αντικαταθλιπτικές επιδράσεις του OFC που παρατηρήθηκαν στη μελέτη αυτή ίσως ήταν δευτερογενείς στη φλουοξετίνη μάλλον παρά στην ολανζαπίνη: δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου με φλουοξετίνη μόνο για να ελεγχθεί η πιθανότητα αυτή.

Παρά την εμφανή αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με οξεία διπολική κατάθλιψη, η χρήση του OFC δεν συνιστάται σε αυτό το πρώιμο βήμα του αλγορίθμου. Ένας λόγος σχετίζεται με την πιο μακροπρόθεσμη ανοχή: η ολανζαπίνη συνδέεται με υψηλό κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου και συνεπώς, αν συνεχιστεί ως θεραπεία συντήρησης, θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας από το σύνδρομο αυτό. Επίσης, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ο αυξημένος κίνδυνος αιφνίδιου καρδιακού θανάτου συνδεόμενου με τα αντιψυχωσικά φάρμακα παραμένει μια σοβαρή πηγή ανησυχίας .

Ένας άλλος παράγοντας είναι το ότι η μακρά ημιπερίοδος ζωής του δραστικού μεταβολίτη της φλουοξετίνης, της νορφλουοξετίνης, θα μπορούσε να παρατείνει ένα επεισόδιο μανίας αν ο ασθενής αλλάξει σε μανία ενώ λαμβάνει OFC. Η τελευταία αυτή ανησυχία είναι μόνο υποθετική, ωστόσο. Το ποσοστό αλλαγής σε μανία που διαπιστώθηκε σε μια διάρκειας 24 εβδομάδων μελέτη επέκτασης ανοικτής επισήμανσης του OFC ήταν μόλις 6% περίπου. Στην οξεία φάση αυτής της μελέτης, ο κίνδυνος αλλαγής της πολικότητας (polarity) ήταν επίσης χαμηλός – ίδιος με του placebo

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το ερώτημα που παραμένει είναι γιατί ένα νεογνό προσβάλλεται από τη δράση του φαρμάκου, ενώ τόσα άλλα τα οποία είχαν παρόμοια έκθεση γεννιούνται υγιή. Μια πολύ καλή εξήγηση θα μπορούσε να δοθεί στη βάση της γενετικά καθοριζόμενης εμβρυϊκής ή μητρικής ευπάθειας σε τερατογόνους παράγοντες, η οποία προτείνεται από τους Lindhout et al (1994). Προς το παρόν, η επιδεκτικότητα σε τερατογόνες ουσίες σε μοριακό γενετικό επίπεδο δεν έχει διευκρινιστεί. Φαίνεται όμως, πως όταν αναγνωριστούν συγκεκριμένοι γενετικοί παράγοντες, οι οποίοι προδιαθέτουν σε διαμαρτίες που επάγονται από το περιβάλλον, νέες μέθοδοι προφύλαξης θα αναπτυχθούν που θα μας επιτρέπουν να αναγνωρίζουμε τα έμβρυα τα οποία τίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από την έκθεση σε μια συγκεκριμένη ουσία, να προβαίνουμε σε καλύτερη γενετική καθοδήγηση αναγνωρίζοντας τους γονείς με προδιάθεση και να αποφύγουμε δαπανηρές και επικίνδυνες προγεννητικές διαγνωστικές μεθόδους (Lindhout et al., 1994).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ποικίλων ψυχωσικών διαταραχών και μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες (όπως η ακινησία, ή η αναπηρία), που εντοπίζονται περισσότερο στη μακρόχρονη χρήση τους. Εντούτοις, η τοξικότητά τους είναι μικρότερη από τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά και το λίθιο. Η δράση τους

συγκεντρώνεται στους υποδοχείς της ντοπαμίνης προκαλώντας υπερπρολακτιναιμία, χωρίς να είναι απόλυτα σαφής ο μηχανισμός δράσης τους σχετικά με τους νευροδιαβιβαστές, ενώ για την πλήρη ανταπόκριση σε αυτά απαιτείται χρόνος ημερών ή εβδομάδων.

Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη της εμφάνισης διαταραχών και, σε περίπτωση που αυτές είναι ενεργές και έκδηλες, στη βεβαιότητα ότι έχουν εντοπισθεί και διαγνωσθεί. Οι κατευθυντήριες γραμμές που προκύπτουν από τα τελευταία ερευνητικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) αφορούν την πρόληψη, την ανίχνευση και την παρέμβαση. Προκειμένου να επιτευχθούν οι εν λόγω στόχοι, το προσωπικό του Κέντρου έχει εξειδικευτεί ώστε να πραγματοποιεί μια σειρά παρεμβάσεων εξατομικευμένων και ομαδικών, σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, πριν τον τοκετό και για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από αυτόν.

Ο όρος πρόληψη αφορά στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, σημερινών ή παρελθοντικών, που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικής διαταραχής ή υποτροπής παλαιότερης προϋπάρχουσας διαταραχής σε μελλοντική φάση. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν την κληρονομικότητα, το ψυχιατρικό ιστορικό, πρώιμες εμπειρίες ζωής και τωρινές συνθήκες, καθώς και τη διάθεση και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Ο όρος ανίχνευση αφορά στην αναγνώριση της παρούσας διαταραχής, αν υπάρχει. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, φάνηκε ότι από τις περιπτώσεις κατάθλιψης ανά 1000 άτομα του πληθυσμού, μόνο οι 80 πρόκειται να αναφέρουν τα συμπτώματα και να ζητήσουν βοήθεια από τον γενικό γιατρό τους.

Από τις 80 αυτές περιπτώσεις, οι 49 δεν αναγνωρίζονται από τους γιατρούς αυτούς ως πάσχουσες από κάποια ψυχική διαταραχή. Η αιτία για αυτό φαίνεται να είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες παραπονιούνται κυρίως για σωματικού τύπου συμπτώματα, πίσω από τα οποία υποβόσκει κάποια διαταραχή. Δυστυχώς, οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν τις διαταραχές ψυχικής φύσης, μέσα από τις διαφορετικές εκφάνσεις τους, με αποτέλεσμα να μην παραπέμπουν στις εξειδικευμένες ειδικότητες. Στην περίπτωση που μια γυναίκα υποφέρει από ψυχωσικές διαταραχές, υπάρχουν μια σειρά θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να τη βοηθήσουν. Τόσο η ψυχοθεραπεία όσο και η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία των περισσότερων ψυχικών διαταραχών.

Μερικές φορές δε, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, απαιτείται ο συνδυασμός αυτών, και η παράλληλη ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και συμβουλευτική του υποστηρικτικού δικτύου της γυναίκας. Οι πιο ήπιες δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει μια γυναίκα κατά την περιγεννητική περίοδο, ενδέχεται να υποχωρήσουν με συμβουλευτική, υποστηρικτική, συμμετοχή σε ομάδες

ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης εγκύων, κλπ., με την επίβλεψη πάντα ειδικά εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Η επιλογή, επομένως, της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται από την περίπτωση, δηλαδή από την εκτίμηση των αναγκών. Οι γενικευμένες τονικοκλονικές (σπασμωδικές) κρίσεις συνδέονται με μητρική και εμβρυϊκή υποξία-οξέωση, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου, πιθανή αποβολή και εμβρυϊκό θάνατο, ενώ άλλες εστιακές κρίσεις χωρίς σπασμούς, μπορεί να οδηγήσουν σε τραυματισμό, πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, πρόωρο τοκετό ή αποβολή.

Ο κίνδυνος πρόωρων συσπάσεων και πρόωρου τοκετού στις ψυχικά διαταραγμένες εγκύους είναι μέτρια αυξημένος. Ο κίνδυνος είναι δύο φορές μεγαλύτερος από το αναμενόμενο για νεογνά που είναι μικρά για την ηλικία γέννησης καθώς και για τα νεογνά με παθολογική κλίμακα Apgar (δηλαδή αξιολόγηση: της αναπνοής για να διαπιστωθεί η ωριμότητα των πνευμόνων, των κινήσεων για να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή όχι μυϊκού τόνου, του χρώματος του δέρματος για να διαπιστωθεί, αν οι πνεύμονες εφοδιάζουν το αίμα με οξυγόνο και αντανακλαστικών για να διαπιστωθεί αν το βρέφος αντιδρά στα ερεθίσματα).

Έτσι λοιπόν κάθε φορά η φαρμακοθεραπεία πρέπει να διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

- ο ειδικός θα πρέπει πριν από τη χορήγηση ψυχοτρόπων των ψυχωσικών φαρμάκων να γνωρίζει τις πιθανές αλληλεπιδράσεις και παρενέργειές τους και χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών από τον ασθενή
- να υπάρχει τεκμηριωμένη αξιολόγηση και εκτίμηση της διπολικής διαταραχής. Σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται και να λαμβάνει τις ελάχιστες δυνατές δόσεις των απαιτούμενων φαρμάκων
- η θεραπεία χρειάζεται να επικεντρώνεται στα συμπτώματα έτσι ώστε να είναι δυνατή ή ανίχνευση της επιτυχίας της και η έγκαιρη διόρθωσή της (στην κατεύθυνση αυτή, απαιτείται ένα ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων το οποίο συμπληρώνεται είτε από την οικογένεια του ασθενούς είτε από τον ειδικό)
- πρέπει να εξασφαλίζεται η επάρκεια στη δοσολογία και το χρόνο της φαρμακευτικής αγωγής, έτσι ώστε τυχόν αποτυχία της θεραπείας να αποκλείει τη χρήση του ίδιου φαρμάκου ή συνδυασμού φαρμάκων στο μέλλον
- η διακοπή των φαρμάκων πρέπει να γίνεται με αργό ρυθμό και μεγάλη προσοχή έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή ή σύνδρομο στέρησης του ασθενούς

- αν είναι δυνατό, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η εκούσια συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική του αγωγή, ενώ τυχόν ανικανότητά του θα πρέπει να υποκαθίσταται από άδεια της οικογένειάς του ή κάποιο σχετικό νομικό μηχανισμό

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996;153:592–606. (Level III)
2. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney RS, Friedman JM. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. National Birth Defects Prevention Study. *NEJM* 2007;356: 2684–92. (Level II-2)
3. Arora M, Praharaj SK. Meningocele and ankyloblepharon following in utero exposure to olanzapine. *Eur Psychiatry*. 2006;14:345–346.
4. Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB, Frydenberg M. Obstetric complications in women with schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;47:167–75. (Level II-2)
5. Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB. Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999;175:239–45. (Level II-2)
6. Berkowitz GS, Kasl SV. The role of psychosocial factors in spontaneous preterm delivery. *J Psychosom Res* 1983;27:283–90. (Level II-2)
7. Bucove AD. A case of prepartum psychosis and infanticide. *Psychiatr Q* 1968;42:263–70. (Level III)
8. Burt VK, Rasgon N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disord*. 2004;6:2–13.
9. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, Werler MM, Louik C, Jones KL, et al. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med* 2006;354:579–87. (Level II-2)
10. Chambers CD, Johnson KA, Dick LM, Felix RJ, Jones KL. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med* 1996;335:1010 –15.
11. Coons PM, Ascher-Svanum H, Bellis K. Self-amputation of the female breast. *Psychosomatics* 1986;27:667–8. (Level III)
12. Costei AM, Kozer E, Ho T, Ito S, Koren G. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:1129 –32. (Level II-2)

13. Coverdale JH, Turbort SH, Roberts H. Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric outpatients. *Br J Psychiatry*. 1997;171:69–72.
14. Diav-Citrin O, Schechtman S, Ornoy S, Arnon J, Schaefer C, Garbis H, Clementi M, Ornoy A. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2005;14:317–322.
15. Einarson A, Boskovic R. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *J Psychiatr Pract* 2009; 15:183.
16. Einarson TR, Einarson A. Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14:823–7.
17. Freeman MP, Gelenberg AJ. Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:88–96.
18. Goldberg, D. P. & Huxley, P. (1992) *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. London: Tavistock/Routledge. Üstün, T. B. & Sartorius, N. (eds) (1995) *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: Wiley.
19. Goldstein DJ, Corbin LA, Fung MC. Olanzapine-exposed pregnancies in women with preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55-57
20. Grof P. Protective effect of pregnancy with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2000;61:31–39.
21. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):79–91. (Level II-2)
22. Kendall RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis [published erratum appears in *Br J Psychiatry* 1987;151:135]. *Br J Psychiatry* 1987;150: 662–673. (Level II-2)
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [published erratum appears in *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:768]. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593–602. (Level II-3)
24. Kisely, S., Gater, R. & Goldberg, D. P. (1995) Results from the Manchester Centre. In *Mental Illness in General Health Care: an International Study* (eds T. B. Üstün & N. Sartorius). Chichester: Wiley.
25. Lindhout D, Omtzigt JG. Teratogenic effects of antiepileptic drugs: implications for the management of epilepsy in women of child bearing age. *Epilepsia* 1994; 35(suppl. 4):s19-28.
26. Loveland Cook CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder during pregnancy: prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol* 2004;103:710–7.

27. Malm H, Klaukka T, Neuvonen PJ. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106: 1289–96. (Level II-2)
28. Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar R. Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Affect Disord* 1992;24:253– 63. (Level II-2)
29. McElhatton PR, Garbis HM, Elefant E, Vial T, Bellemin B, Mastroiacovo P, et al. The outcome of pregnancy in 689 women exposed to therapeutic Payne and Meltzer-Brody: Antidepressant use during pregnancy: Current controversies and Treatment Strategies *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Sept; 52(3): 469-482 – NIH Public Access
30. McNeil TF, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Women with nonorganic psychosis: pregnancy's effect on mental health during pregnancy. Obstetric complications in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1984;70:140–148.
31. Mendlowicz MV, da Silva Filho JF, Gekker M, de Moraes TM, Rapaport MH, Jean-Louis F. Mothers murdering their newborns in the hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:53–5. (Level III)
32. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and child-bearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1996;47:502–506.
33. Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J, Bregar A, Uhl K, Levin B, et al. Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: literature review and implications for clinical applications. *JAMA* 2005;293:2372– 83. (Level III)
34. Newham JJ, Thomas SH, MacRitchie K, McElhatton PR, McAllister-Grof P, Robbins W, Alda M, Berghofer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, et al. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000;61:31–9. (Level III)
35. NICE (2004a) Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. NICE Clinical Guideline 23. London: National Institute for Clinical Excellence.
36. Nilsson E, Lichtenstein P, Cnattingius S, Murray RM, Hultman CM. Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophr Res* 2002;58:221–9. (Level II-2)
37. Northcott CJ, Stein MB. Panic disorder in pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1994;55:539–42. (Level III)
38. Oberlander TF, Warburton W, Misri S, et al. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:898-906
39. Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:629 –34. (Level II-2)

40. Ramkisson R, Campbell M, Agius M. The clinical dilemma—prescribing in pregnancy. *Psychiatr Danub*. 2008;14:88–90
41. Riordan J. and WambXH k.,2010, *Breastfeeding and Human Lactation*, Fourth Edition.
42. Slayton RI, Soloff PH. Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1981;42:471–3. (Level III)
43. Swann AC. Special needs of women with bipolar disorder. *Intellyst Medical Communication. International Congress on Women’s Mental Health; 17–20 March 2004; Washing-ton, DC. pp 4–18.*
44. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000; 157:179–84. (Level II-2)
45. Viguera AC,WhitfieldT, Baldessarini RJ, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007;164:1817-24.
46. Yonkers KA,Wisner KL, Stowe Z, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004;161:608-20.
47. Wen SW, Yang Q, Garner P, Fraser W, Olatunbosun O, Nimrod C, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:961– 6. (Level II-2)
48. Wilson C and Hoover, 2008, *Breastfeeding Atlas*,Fourth Edition
49. Yeshayahu Y. The use of olanzapine in pregnancy and congenital cardiac and musculoskeletal abnormalities. *Am J Psychiatry*. 2007;14:1759–1760.
50. Yoldas Z, Iscan A, Yoldas T, Ermete L, Akyurek C. A woman who did her own caesarean section. *Lancet* 1996;348:135. (Level III)
51. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, et al. Management of bi-polar disorder during pregnancy and postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2004;161:608–620.
52. Zeskind PS, Stephens LE. Maternal selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics* 2004; 113:368 –75. (Level II-2)
53. Hale T. and Hartmann P., 2007, *Textbook of Human Lactation*.